

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE



POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice PÉRIER

Né à Paris le 15 novembre 1891
Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

EMPYÈMES CASÉIFIÉS
DES SINUS

Président : M. BERNARD CUNÉO, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922



223

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1855

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice PÉRIER

Né à Paris le 15 novembre 1891
Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

EMPYÈMES CASÉIFIÉS
DES SINUS

Président : M. BERNARD CUNÉO, professeur.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETUILLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	DE LAFERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILLET
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUIERF
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A)
CHAMPY	GUI LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté qu les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

Professeur d'Anatomie médico-chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Officier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

En médecine :

**MM. WIDAL, LEMIERRE, ABRAMI, PASTEUR
VALLERY-RADOT**

En chirurgie :

**MM. CUNÉO, TUFFIER, BAZY, DESMAREST
ROUX-BERGER**

En obstétrique :

M. BOUFFE-DE-SAINT-BLAIZE

En oto-rhino-laryngologie :

MM. LERMOYEZ, HAUTANT, MOULONGUET

AVANT-PROPOS

En écrivant ce travail notre pensée va d'abord avec reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux dont la sollicitude ne s'est jamais démentie malgré la séparation que la guerre a mise dans nos relations de maîtres et élèves, pendant cinq longues années. Et ce nous est un agréable devoir de rendre hommage à ceux qui nous ont initiés à l'examen clinique des malades et à la pratique du laboratoire, préparation indispensable et combien profitable ! à l'étude de la spécialité.

Nous voulons remercier aussi et d'une manière toute spéciale, M. Lermoyez et ses collaborateurs de l'hôpital Saint-Antoine (MM. Hautant et Moulonguet, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, M. Ramadier assistant du service, MM. Paul-Boncour, Feldstein, Boulay et Durand) de nous avoir fait aimer l'oto-rhino-laryngologie et témoigné un intérêt dont nous aurions voulu être plus complètement digne.

Nous avons une dette de reconnaissance particulière envers M. Moulonguet, qui a bien voulu nous inspirer ce sujet de thèse et nous aider de ses conseils avertis.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
EMPYÈMES CASÉIFIÉS
DES SINUS

INTRODUCTION

La caséification du pus des épanchements aigus ou chroniques des sinus n'a été décrite jusqu'à ce jour qu'à propos du sinus maxillaire. Néanmoins, ce processus peut être réalisé au niveau de l'un quelconque des sinus périmaxillaires, de sorte qu'il nous a paru intéressant de les grouper en un faisceau unique.

C'est en définitive une des évolutions les plus curieuses, les plus intéressantes, mais aussi les plus obscures de la pathologie des sinusites. Elle est curieuse en ce qu'elle fournit l'exemple d'un processus qu'il est exceptionnel d'observer en d'autres points de l'organisme ; elle est intéressante parce qu'un simple lavage d'évacuation apporte la guérison complète et définitive ; elle est obscure enfin par sa pathogénie.

DÉFINITION. — HISTORIQUE

La caséification des épanchements purulents des sinus constitue un des modes les plus rares, mais aussi les plus favorables, de leur évolution. Ces dépôts de pus caséifié donnent à l'empyème une physiologie clinique très spéciale. Aussi méritent-ils une place à part dans la nosographie des affections des sinus, non seulement à cause des nombreux désordres qu'ils peuvent occasionner et des erreurs de diagnostic auxquelles ils donnent lieu, mais aussi parce que leur pronostic est des plus favorables et leur traitement des plus simples.

C'est dans son *Traité de Pathologie externe* (1874) que Duplay donne la première description de cette matière caséuse, analogue au contenu de certains kystes sébacés et qui peut, dans l'intérieur des cavités nasale et périnasale, former des dépôts assez considérables pour déformer le visage et amener la perte de l'odorat.

Un peu plus tard, Poinot, dans le *nouveau dictionnaire de médecine de Jaccoud*, signale le pus cailleboté, d'aspect et de consistance caséux de certains abcès du sinus maxillaire.

Bournouville, en 1885, publie l'observation d'un charbonnier de soixante-douze ans qui pendant le cours d'une affection de la fosse nasale droite, ayant

amené des complications du côté de l'œil, rendit par la bouche, des masses grisâtres analogues à du mastic, sentant très mauvais, et dont quelques-unes atteignaient le volume d'une noix. Le cornet inférieur avait disparu, le sinus maxillaire communiquait avec la fosse nasale par une ouverture large, livrant aisément passage au petit doigt ; il contenait des masses semblables facilement décelables au toucher.

Schech, en Allemagne, signale l'accumulation des masses caséuses dans les fosses nasales et il les considère comme venant toujours du sinus maxillaire. Avellis en 1900, publie trois observations d'empyème aigu du sinus maxillaire ayant évolué vers la caséification.

En 1906, Luc fait à la *Société française d'oto-rhino-laryngologie*, une communication sur la guérison spontanée de l'antrite maxillaire par caséification du pus.

Moure insiste sur la difficulté du diagnostic dans certains cas de sinusite caséuse et sa confusion possible avec une tumeur maligne ; en même temps, il étudie dans sa *revue hebdomadaire* la sinusite maxillaire caséuse à forme cholestéatomateuse.

Dans sa thèse, Parage étudie spécialement les sinusites maxillaires caséuses, il conclut à la rareté de cette affection qui est un processus de guérison et dont le pronostic est bénin.

C'est sur la bénignité de ce pronostic que Luc insiste dans ses *leçons sur les suppurations des cavités accessoires des fosses nasales* (1910).

ÉTIOLOGIE

On retrouve toujours une histoire *d'empyème aigu* non traité ou méconnu à l'origine de tout épanchement caséux. Rappelons que dans l'empyème, et c'est là ce qui le différencie de la sinusite, le pus ne provient pas de la muqueuse qui est parfaitement saine, mais il est versé dans la cavité. Celle-ci, suivant l'expression de Lermoyez, devient un véritable « entrepôt de pus » en attendant que, plus tard, à la faveur de certaines conditions, ce pus devienne lui-même une *fabrique de caséum*.

Si maintenant on remonte à la source de l'empyème, on trouve, soit une infection *nasale* (grippe ou coryza) soit une infection *bucco-dentaire* ; dans cette dernière variété, le pus extrêmement fétide, bourré d'anaérobies, se caséifiera plus volontiers encore.

Drainage et aération insuffisants du sinus par obstruction anatomique ou pathologique de l'orifice, telles sont les véritables causes qui favorisent la caséification. Anatomiquement, certains sinus se vident mal ; sinus maxillaire, sinus sphénoïdal ; leur hiatus est au-dessus du plancher, d'où, stagnation du pus. Le frontal se vide mieux, mais il est solidaire du groupe ethmoïdal antérieur. Les cellules de ce der-

nier groupe se vident mal, de même aussi que celles du groupe postérieur et de la bulle. Le calibre des orifices peut être insuffisant, ou bien il y a une atresie des fosses nasales, congénitale ou acquise (déviation de cloison, éperon, cornets hypertrophiés).

Pathologiquement, un bouchon de pus peut venir obstruer l'orifice.

Nous n'insisterons pas sur les autres causes prédisposantes, ce sont celles qui interviennent dans l'empyème aigu.

L'évolution de l'empyème vers la caséification n'est pas aussi rare qu'on a voulu le dire. Sa fréquence va parallèlement à celle des empyèmes de ces cavités et dans l'ordre suivant : sinus maxillaire et, loin derrière lui, sinus frontal et cellules ethmoïdales, plus loin encore sinus sphénoïdal. Chacun des sinus peut être infecté isolément ou en combinaison avec d'autres (bimaxillaire, bifrontal, fronto-ethmoïdal, fronto-maxillaire, etc.).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

La matière caséreuse se laisse difficilement chasser des cavités qui la contenaient.

Chez un homme atteint d'asthme nerveux depuis neuf ans et de rhinite fétide depuis peu, un empyème ayant été reconnu, l'auteur trépane par la voie alvéolaire, mais pendant un bon moment il est impossible de faire pénétrer quoi que ce soit dans le sinus, et il ne s'écoule rien malgré toutes sortes de manœuvres. Brusquement un obstacle disparaît et il s'écoule une quantité de matières putrides caséuses (observation Avellis, 1900).

Macroscopiquement, la matière caséreuse a des caractères bien particuliers : tantôt elle s'est agglomérée en de grosses masses dont le volume est variable, gros comme un pois, un haricot, voire même comme une noix. Lorsqu'elles sont venues intactes, ces masses à surface lisse, plus rarement granuleuse, reproduisent assez exactement la forme et les anfractuosités des cavités qui les retenaient : cavités des sinus, cavité des fosses nasales dans lesquelles elles s'étaient laissé accumuler et tasser entre le septum et les cornets ; tantôt sous l'influence de l'eau du lavage, les blocs caséux se sont morcelés en d'innombrables fragments.

La coloration blanc sale du caséum l'a fait comparer à du mortier ou à du fromage blanc, parfois il est un peu jauni par les traînées du pus qui continue à suinter ; son aspect rappelle alors plutôt celui du mastic, il en a aussi la consistance molle et le stylet le pénètre sans difficulté aucune.

L'odeur est horriblement fétide, plus repoussante encore que celle de l'ozène atrophique. Elle rappelle celle du fromage pourri et se répand au loin.

Les blocs caséux se laissent désagréger par l'eau, mieux encore par l'alcool, l'éther, le formol.

Sur une coupe ils se présentent comme une masse uniformément homogène, formée de fines parcelles aux contours arrondis, séparées les unes des autres par des espaces vides.

On y trouve des substances grasses décomposées et des cristaux phosphatiques.

A l'examen microscopique on trouve des cellules épithéliales. Pas de bacilles de Koch, par contre en 1891, Zarniko chez une de ses malades atteinte de sinusite maxillaire gauche, sinon caséuse du moins très fétide, trouve de « nombreux filaments de champignons épais, condensés, avec, au milieu, une grande quantité de spores. Les caractères de ce champignon permettent de le rapprocher de l'*aspergillus fumigatus* ». Un peu plus tard (1894), Mackenzie retrouve chez une malade un champignon semblable que Flexner dit être l'*aspergillus fumigatus*.

Sabrazès, par la méthode de Gram-Weigert, découvre une bactérie filamenteuse formant un lacis

extrêmement dense et abondant. Dans ses mailles il a vu, entre autres microbes variés, un gros microcoque non disposé en amas. La bactérie filamenteuse, non groupée en faisceaux, a une longueur qui varie de 3 à 9 μ , sa forme est des plus variables, en bâtonnet droit ou incurvé à son extrémité, en u, en o, en accent circonflexe. Elle présente une série de stries blanches qui l'isolent en plusieurs segments ; son aspect est granuleux, pas de membrane d'enveloppe appréciable. Ni spores, ni appareil fructifère de champignons. Ensemencement sur gélose : l'inoculation du produit à trois jeunes cobayes par scarification de la fosse nasale détermine leur mort au troisième jour, de coryza œdémateux avec dyspnée intense et tirage. Dans le pus séro-sanguinolent de ce coryza Sabrazès retrouve et peut cultiver le même microcoque.

Escat et Rispal recherchent le bacille de Vincent dans sept exsudats de sinusites caséeuses maxillaires, ils le trouvent quatre fois avec des spirilles en grand nombre.

Enfin Aka trouve de nombreux cocci, quelques microcoques groupés irrégulièrement ou isolés, quelques bacilles courts, très ténus, sans caractères spéciaux. Pas de spirilles, pas de bacille de Koch.

Somme toute, à l'heure actuelle, on ne connaît pas d'agent spécifique de la caséification.

La muqueuse-périoste qui tapisse entièrement les sinus est d'une tolérance extrême pour un pus étranger, aussi peut-elle résister très longtemps au

contact des matières caséuses et putrides, à condition toutefois que le trop plein du sinus puisse s'écouler. Mais si l'obstruction vient à être complète, le caséum continuant à se former détruit la muqueuse, use l'os, et se crée ainsi quelque nouvelle issue. C'est alors que peuvent se produire ces grands délabrements de la face qui, dans certains cas, font songer à une tumeur maligne.

Chez une malade vue par Bouvier (1911) un empyème caséifié du sinus maxillaire droit avait détruit la paroi externe de la fosse droite ainsi que la partie moyenne des cornets inférieur et moyen, si bien que sinus et fosse nasale droite se trouvaient transformés en une vaste excavation qu'il trouva bourrée de matières caséuses entièrement fétides. Sous la pression de ces masses il s'était produit une forte déviation de la cloison vers la gauche refoulant complètement la fosse nasale gauche.

Un tel processus ressemble singulièrement à celui du *cholestéatome*, si bien que Cozzolino et Wagnier, frappés de cette analogie apparente, les ont confondus tous les deux autant par leur aspect macroscopique que par leur mécanisme. Le cholestéatome de l'oreille se présente « sous la forme de masses arrondies, d'une teinte blanche, légèrement jaunâtre, mais qui ont un reflet nacré caractéristique. Si l'on pratique une coupe d'une de ces masses on constate qu'elle est formée d'une série de feuillets imbriqués concentriquement à la façon des lamelles constitutives d'un

oignon, mais que ces feuilletts se dissocient et se détachent facilement. Parfois, mais non constamment, le centre est occupé par un noyau caséeux » (Luc).

L'examen microscopique révèle la présence de cellules épidermiques juxtaposées, avec ou sans noyau et des cristaux de cholestéarine dans leur intervalle.

Quel est donc *le mécanisme* de cette caséification ?

Le pus ne pouvant être éliminé par les voies naturelles se collecte lentement ; d'autre part, à la faveur de la suppuration prolongée, *les éléments anatomiques de la muqueuse* se transforment. L'épithélium fait place à un véritable épiderme et les déchets résultant de cette transformation s'accumulent dans le sinus.

Tout ce qui est liquide est résorbé par la muqueuse ou bien utilisé, dans certains cas semble-t-il, par des agents tels que l'aspergillus, qui trouvent là une humidité favorable à leur développement. Tout ce qui est solide dégénère et se transforme en de petits grumeaux graisseux qui vont s'agglomérer en une sorte de magma caséeux de plus en plus fétide.

La masse caséuse est formée, rapidement elle va être envahie par tous les microbes de la putréfaction ; elle ne tardera pas à prendre l'aspect et la consistance si particuliers qui la caractérisent. L'obstruction de la porte de sortie empêchant l'évacuation favorise la stase, de même aussi qu'elle supprime tout courant d'air. Ainsi se trouve réalisé le milieu favorable par excellence au développement de la

putréfaction et de ses agents : *cavité chaude, bien close, non aérée, avec drainage insuffisant ou inexistant vers l'extérieur*. Dès lors les masses caséeuses vont pouvoir se développer, leur augmentation de volume se fera non seulement par l'adjonction de matériaux de nouvelle formation, mais encore par la prolifération de cette bactérie filamenteuse décrite dans quelque cas et qui, d'après Sabrazès, prendrait une part très active dans le processus pathogénique des résidus caséux. Tout ceci nous explique l'absence de symptômes subjectifs longtemps possible en dehors de la fétidité; et aussi la guérison qui survient, comme par enchantement, après l'extraction de cette sorte de *corps étranger initial*, même si l'affection est ancienne.

On comprend que, séduit par le pronostic favorable de la caséification, Capart ait tenté de reproduire la lésion en injectant dans le sinus une solution de gélatine solidifiable antiseptisée. Plus tard des injections de paraffine qui n'avaient pas l'inconvénient de fuser vers le méat moyen, n'ont pas donné de meilleur résultat.

ETUDE CLINIQUE

Les épanchements caséux du sinus, tout comme les empyèmes qui les produisent, ont une symptomatologie commune. Nous la donnerons à propos de l'empyème caséifié du sinus maxillaire qui, en raison de sa plus grande fréquence, sera aussi le type de notre description. Nous passerons ensuite rapidement en revue les empyèmes caséifiés des autres sinus, nous réservant de donner à propos de chacun d'eux, les symptômes qui leur sont plus particuliers.

I

Empyème caséifié du tissu maxillaire

La situation du sinus maxillaire entre deux cavités éminemment septiques : fosses nasales et bouche, ainsi que son drainage insuffisant, nous expliquent la fréquence de l'empyème de cette cavité et la tendance toute particulière qu'aura le pus à s'y caséifier.

Début. — Si on interroge les malades sur la date de début de leur affection ils en ont le plus souvent perdu le souvenir. Ils se contentent de le faire remonter à un ou plusieurs mois voire même à plusieurs années. A la suite d'un rhume ou de soins

dentaires les malades ont mouché du pus ; le plus souvent ils n'y ont pas attaché d'importance, cependant l'écoulement persiste, tachant le mouchoir, ou bien une fétidité désagréable s'éternise. Alors ils commencent à s'inquiéter, alors aussi l'empyème s'est caséifié, et il va, suivant les cas, évoluer soit comme une affection bénigne du sinus, soit, au contraire, comme une maladie dont la gravité apparente peut faire songer à quelque tumeur maligne de la région.

SYMPTOMES

L'écoulement de pus caséeux fétide, unilatéral est le signe le plus constant et le plus caractéristique. Cet écoulement se fait par une narine ou par la gorge, suivant la position de la tête. Au réveil le malade crache des grumeaux caséeux, enrobés de pus et de glaires, dans la journée il les ramène en se mouchant. L'écoulement n'est pas continu ; il se produit surtout lorsque le malade penche la tête en bas et en avant, ou à l'occasion d'un éternuement, ou quand il se mouche. La fétidité est extrême, les malades ont dans le nez une odeur de « pourriture » et cette odeur qui les incommode sans cesse, augmente encore lorsqu'ils se mouchent. Cette cacosmie reste longtemps purement subjective.

Le malade a le nez bouché, d'un côté seulement ou des deux.

Les douleurs sont très variables quant à leur siège

et à leur modalité mais elles ne manquent pour ainsi dire jamais. Tantôt c'est une simple sensation de gêne ou de tension profonde dans la joue, tantôt l'angle interne de l'œil qui est devenu douloureux, sera le point de départ d'irradiations sus et sous-orbitaires très pénibles, affectant le type névralgique; tantôt enfin ce sont des névralgies dentaires rebelles à tout traitement. La céphalée, diffuse et profonde, ne laisse aucun repos au malade même durant la nuit.

L'état général est rarement atteint dans les débuts, cependant à la longue le malade finit par s'affaiblir, surtout par la souffrance et l'insomnie.

Examen. — **Extérieurement** il peut ne rien y avoir. Plus tard, dans les formes avancées la face peut être déformée autant par le gonflement de la joue qui est rouge et chaude, tendue et douloureuse à la pression, que par les déviations du nez ou du globe oculaire. Celui-ci est alors refoulé par une tuméfaction plus ou moins marquée de l'angle interne de l'œil avec parfois une fistule qui suinte. Autour de l'orifice de la fosse nasale l'écoulement peut produire et entretenir un peu d'eczéma.

Rhinoscopie antérieure. — La fosse nasale du côté malade est en général complètement obstruée, la cloison, déviée, a pu même venir bloquer le côté sain.

a) Chez certains malades le nez est propre, la fosse nasale n'est bouchée que par les cornets énormes et polypoïdes refoulant le septum en dedans,

obstruant en dehors l'hiatus et le méat moyen. La muqueuse est tuméfiée et comme dépolie. Badigeonnée à la cocaïne-adrénaline, elle ne se rétracte pas.

b) Presque toujours le nez est sale, le spéculum pénètre difficilement au milieu de masses caséuses désagrégées.

Après lavage évacuateur, la muqueuse apparaît épaisse et grenue, saignant au simple contact du stylet comme celle d'une tumeur maligne, ou bien elle est hypertrophiée et il y a de gros polypes muqueux qu'il faudra extraire si l'on veut se donner du jour sur le méat moyen. A ce niveau la muqueuse est gonflée, parfois même elle s'éverse au niveau de l'hiatus semi-lunaire en une véritable hernie, comme un polype (bourrelet de Kaufmann).

Ici encore la rétraction se fait mal sous l'influence de la cocaïne-adrénaline. Le méat moyen apparaît dans certains cas, comme farci de petites concrétions caséuses malodorantes avec, dans leur intervalle, des traînées de pus. D'autre fois ce n'est qu'en déprimant le bourrelet avec le stylet que l'on arrive à faire sourdre le caséum.

c) Dans certains cas enfin la fosse nasale tout entière est remplie de matières caséuses fétides ; il s'agit alors d'une véritable rhinite caséuse. Celle-ci est toujours l'expression symptomatique d'un épanchement intrasinusal de même nature : la matière caséuse déborde par l'orifice naturel du sinus plus

ou moins dilaté, remplit la fosse nasale et s'élimine difficilement en raison de sa consistance.

Une observation de Beausoleil (1895) est, à ce point de vue, tout à fait caractéristique :

« A plusieurs reprises j'avais constaté dans la fosse nasale droite une accumulation de matières caséuses avec sécrétions abondantes ayant amené une inflammation de la muqueuse de toute la fosse nasale. Pour la débarrasser j'ai dû perforer le sinus par l'alvéole et faire des lavages fréquents qui chaque fois, au début du traitement, ramenaient au dehors des matières caséuses en assez grande abondance. Il n'est pas douteux que dans ce cas j'ai été en présence d'un coryza consécutif à un empyème caséux du sinus maxillaire ».

Examen de la bouche. — Cet examen est capital, surtout quand il n'y a aucun signe intranasal. Il faudra vérifier l'état des dents du haut, voir si une ou plusieurs des molaires et prémolaires manquent ou sont cariées, voir s'il n'y a pas quelque fistule alvéolaire.

De Ponthière (1898) rapporte l'observation d'un homme qui pour tout signe d'antrite maxillaire caséuse présentait une fistule située dans la bouche, derrière la dernière grosse molaire supérieure, par laquelle s'écoulait du pus fétide. Il n'y avait pas de symptômes intra-nasaux.

L'intervention selon le procédé de Caldwell-Luc démontra l'existence de masses caséuses fétides et la guérison s'en suivit.

Rhinoscopie postérieure. — Le cavum est en général sec, plus ou moins rempli de matières casécuses desséchées.

Diaphanoscopie. — On note soit une opacité totale du sinus avec non illumination de la pupille, soit la disparition d'une des taches lumineuses orbitaire ou jugale normales, le tout contrastant avec la clarté du sinus sain. Cette épreuve de transillumination indique simplement que le sinus est plein, mais dans certains cas, malgré l'épanchement, il peut y avoir une clarté bilatérale trompeuse.

Radiographie. — Elle peut de même, ne rien donner d'appréciable, de sorte qu'il ne faudra pas se limiter à ces modes d'investigation.

Ponction exploratrice. — La certitude complète quant à l'existence et à la nature de l'épanchement ne sera donnée que par la ponction exploratrice, diamétrique par exemple, suivie d'un lavage. Mais, ici encore, le résultat peut être négatif, les matières caséeuses trop volumineuses pouvant venir obstruer la lumière du trocart.

DIAGNOSTIC

Chez les enfants et en présence d'une obstruction unilatérale complète il faut, avant tout, penser au *corps étranger*. Ici l'obstruction est survenue brusquement, il n'y a pas eu de coryza, les dents sont saines, le sinus n'est pas douloureux. Du côté malade un écoulement se produit d'abord séreux puis purulent et fétide.

Parfois on ne voit rien au spéculum, la présence du corps étranger ayant déterminé un gonflement de la muqueuse, qui le masque. Le nez sera lavé, nettoyé avec soin ; sous l'influence de la cocaïne-adrénaline la muqueuse se rétracte et le corps étranger apparaît en général roulé dans le méat inférieur sous le cornet inférieur.

La rhinite fibrineuse peut aussi, chez les enfants, déterminer une sténose unilatérale des fosses nasales : une membrane blanc jaunâtre, épaisse, adhère à la muqueuse qui, au-dessous d'elle est rouge et tuméfiée, saignant facilement. Il n'y a pas de troubles généraux.

Mais c'est surtout avec le cancer et la syphilis que devra se poser le diagnostic.

Le Cancer, surtout lorsqu'il évolue comme une affection inflammatoire du sinus, peut avoir de nombreux points communs avec l'empyème caséifié. Relativement fréquent il se voit, lui aussi, surtout chez l'homme. On le découvre après une très longue période latente. Il se présente alors avec les mêmes douleurs périorbitaires et surtout dentaires, il produit les mêmes déformations de la face avec un gêne respiratoire qui peut être aussi complète. Même voussure de la fosse canine, même aspect de la muqueuse buccale. La muqueuse pituitaire bourgeonne et saigne au moindre contact, parfois elle est dégénérée au niveau des cornets inférieurs et moyens qui prennent un aspect polypoïde.

Cependant le malade se plaint qu'il a des épistaxis,

l'écoulement est moins abondant et moins fétide, il est moins caséeux et plus séro hématique ressemblant à de la « lavure de chair ». Il entraîne avec lui des débris de tumeur. Le stylet s'enfonce avec une extrême facilité dans le tissu cancéreux. Les parois du sinus se détruisent plus tard, les lésions dentaires et les fistules sont aussi moins fréquentes.

En somme un diagnostic certain ne saurait être porté qu'après examen d'une biopsie faite après trépanation exploratrice du sinus ou au niveau d'un bourgeon du méat moyen.

La *sypilis tertiare du nez* et la *gomme du sinus* peuvent être confondues avec l'empyème caséifié du sinus en raison de certains signes communs : unilatéralité des lésions, suppuration extrêmement fétide avec obstruction complète du nez, opacité à la transillumination et à la radiographie. Mais la *sypilis du nez* fait souffrir la nuit, elle a son siège de prédilection au niveau de l'os propre ou du vomer qui est très douloureux à la pression. La muqueuse a un aspect rouge-cuivré jambonné et parfois on trouve une ulcération type, comme taillée à l'emporte-pièce.

L'exploration au stylet, conduisant sur une dénudation osseuse ou sur un séquestre mobile confirme le diagnostic.

La *gomme du sinus* devra être éliminée avec soin, le lavage pouvant ici ramener de véritables blocs caséeux, cependant il n'y a aucune amélioration.

Les observations qui suivent et que nous avons choisies parmi les plus concluantes montrent tout

l'intérêt qu'il y a à ne pas méconnaître un épanchement caséeux du sinus maxillaire tout en ayant en vue le cancer et la syphilis.

OBSERVATION I

(Texier.)

Mme C. ., âgée de 29 ans, vient nous consulter en mars 1897 pour des troubles d'obstruction de la fosse nasale droite, accompagnés de mauvaise odeur et parfois du rejet de matières caséuses brunâtres d'une odeur repoussante. Cette affection remonte à deux ans environ, elle aurait débuté par un enchièvrement, un rhume de cerveau accompagné d'écoulement muco-purulent. Pendant la première année elle a expulsé, à différentes reprises des débris de masses caséuses brunâtres ; c'est toujours à la suite d'éternuements, d'efforts pour chasser la gêne respiratoire que ces matières étaient expulsées. Depuis six à huit mois l'obstruction de ce côté est presque complète, la mauvaise odeur est continue et perçue même par l'entourage, l'écoulement semble avoir diminué notablement.

A l'examen des fosses nasales on ne constate rien d'anormal du côté gauche. Du côté droit il existe une étroitesse de la fosse nasale par suite d'une déviation de la cloison et d'un épaississement à sa partie inférieure. La lumière de la fosse nasale est complètement obstruée par une masse jaunâtre, le stylet la pénètre aisément et la désagrège à sa surface ; il ramène des masses caséuses brunâtres qui s'écrasent très facilement et ont une odeur repoussante. La respiration est presque complètement abolie de ce côté. Il

n'y a pas de déformation du nez ni de gonflement du sinus maxillaire.

La *rhinoscopie postérieure* ne donne rien de particulier elle permet de constater que la choanne droite est obstruée.

La *diaphanoscopie* donne de l'opacité du sinus maxillaire droit. Nous portons le diagnostic de rhinite et de sinusite caséeuses.

Traitement. — On enlève dans plusieurs séances la tumeur caséuse de la fosse nasale qui est très friable ; quelques lavages du nez la débarrassent en dernier lieu. Nous constatons alors qu'il existe au niveau du méat moyen un peu de pus granuleux.

Nous faisons une *ponction* du sinus par la voie transmésatique, le lavage ramène des matières caséeuses en grande quantité et de mauvaise odeur.

Une deuxième ponction faite le surlendemain ramène de nouveaux grumeaux mais en moins grande quantité.

Le troisième et quatrième ponctions donnent un liquide clair, la malade se sent tout à fait soulagée.

La malade est revenue un mois après ; il n'existe dans la fosse nasale aucune trace de magma caséux ; elle n'a plus de mauvaise odeur et ne mouche plus.

OBSERVATION II

(Texier, 1901.)

Jeune fille de 16 ans se plaint de mauvaise odeur de la fosse nasale droite depuis des années ; elle mouche peu, c'est à peine si tous les huit jours elle mouche quelques mucosités épaisses. Pas de dents cariées.

Examen rhinoscopique. -- Pas de pus appréciable dans le méat moyen ; après cocaïnisation du méat moyen on retire à l'aide du stylet un peu de magma caséux de mauvaise odeur, la malade reconnaît les matières qu'elle mouche parfois.

Diaphanoscopie. — Les sinus sont éclairés des deux côtés.

Etant donné la transparence des deux sinus nous ne faisons pas la ponction transméatique croyant n'avoir à faire chez elle qu'à une simple rhinite caséuse.

Elle revient au bout d'un mois se plaignant des mêmes symptômes on fait alors une *ponction* du sinus droit, l'injection ramène une quantité notable de grumeaux caséux de mauvaise odeur.

Deuxième ponction. — Quelques grumeaux.

Troisième ponction. — Trois semaines après : le liquide vient clair.

OBSERVATION III

(Texier.)

Homme de 37 ans, vient consulter le 31 mai 1902. Il mouche du pus depuis un an, à la suite d'un rhume de cerveau, mauvaise odeur ; il n'a pas remarqué qu'il mouchait des grumeaux ; pas de dents cariées. Sinus maxillaire droit opaque à la diaphanoscopie.

Ponction. — Grumeaux caséux très abondants et de mauvaise odeur.

2 juin, 2^e ponction. — Un peu de pus grumelleux.

6 juin, 3^e ponction. — Peu de pus.

Le malade est complètement guéri.

OBSERVATION IV

(Texier.)

Femme de 45, ans vient consulter en juin 1903. Elle se plaint de douleurs de tête depuis cinq ans ; elle n'a mouché de pus pour la première fois qu'il y a quatre mois, sans cause appréciable, pas de grippe ni de mauvaise dent. La durée de l'écoulement purulent a été de trois à quatre jours, il a disparu complètement jusqu'à il y a quinze jours où il a coïncidé avec des douleurs frontales.

Examen rhinoscopique. — Pas de pus apparent dans la fosse nasale droite d'où viendrait l'écoulement ; le méat moyen et le cornet moyen sont cachés par une déviation accentuée de la cloison.

La rhinoscopie postérieure permet de constater la présence d'un peu de pus dans le méat moyen.

Diaphanoscopie. — Le sinus maxillaire droit est sombre, la pupille droite ne s'éclaire pas. Les sinus frontaux s'éclairent normalement.

Ponction transméatique. — Pus grumeleux de mauvaise odeur.

Deuxième ponction huit jours après. — Pas de pus. La malade est considérée comme guérie.

OBSERVATION V

(Texier.)

Jeune fille de 18 ans, vient consulter le 14 février 1903. Elle mouche du pus depuis deux ans et demi, elle n'éprouve aucune douleur sauf lorsqu'il y a obstruction de la fosse nasale gauche ; mauvaise odeur.

Examen. — Pus dans le méat moyen gauche ; en faisant moucher la malade il vient du pus en assez grande abondance, mêlé de magmas caséux. A un niveau de la fosse nasale droite les méats sont libres et secs.

Cavum. — Pus dans le méat moyen en arrière ; un peu de végétations adénoïdes.

Bouche. — Première molaire gauche cariée.

Diaphanoscopie. — Opacité très marquée du sinus maxillaire gauche.

Traitement et suites. — Ponction du sinus : grumeaux très abondants, pas de pus lié, mauvaise odeur. Extraction de la dent malade.

21 février, 2^e ponction. — Pas de pus lié, des grumeaux.

25 février. — Ablation des végétations adénoïdes.

28 février. — La malade ne mouche plus de pus.

1^{er} mars. — Nouvelle ponction du sinus : pas de pus.

OBSERVATION VI

(Texier.)

Emile E..., 47 ans, vient consulter parce qu'il mouche du pus, le 21 juin 1905. Depuis le 6 avril à la suite de maux de dents il mouche du pus de mauvaise odeur par la narine droite, au début le pus était liquide, actuellement il est en grumeaux et toujours d'odeur nauséabonde. Il se plaint de légères douleurs de tête, mais la pression des sinus maxillaires et frontaux n'est pas douloureuse.

A l'examen des fosses nasales on constate du côté droit de l'étroitesse, une déviation de cloison et du pus dans le méat moyen ; rien dans la fosse nasale gauche. La diaphanoscopie

donne une opacité très marquée du sinus maxillaire droit.

A la ponction exploratrice du sinus maxillaire il sort un liquide grumeleux ; le trocart a pénétré sans résistance par le méat inférieur donnant une sensation de mollesse et non osseuse.

24 juin. — Le malade se sent mieux, il respire bien, ce qu'il n'avait pas constaté depuis longtemps, il aurait mouché hier un gros magma caséeux de mauvaise odeur. A l'examen du nez il existe dans la fosse nasale un magma caséeux.

Ponction. — Il y a une certaine résistance au passage du liquide au niveau du méat, puis rejet d'un magma caséeux jaune verdâtre de la grosseur d'une noix.

28 juin. — Le malade se trouve bien et ne mouche plus ni pus, ni grumeaux, la fosse nasale est libre ; la ponction ne donne pas de pus, le liquide sort clair. La diaphanoscopie donne toujours une opacité du sinus malade.

12 juillet. — Fosse nasale saine, pas de pus, ponction négative. Le sinus s'éclaire mieux ; guérison.

OBSERVATION VII

(Ardenne.)

Homme de 40 ans, vient consulter le 23 février. Il me raconte qu'il a eu il y a environ trois mois plusieurs abcès dentaires à la suite desquels il dut faire extraire la première molaire supérieure gauche, à la même époque il mouche en grande quantité, par la narine gauche, du pus jaunâtre, épais, de mauvaise odeur. Un mois après l'alvulsion de la dent, l'alvéole, au lieu de se cicatriser reste fistuleuse. Il s'y forme des fongosités qui saignent facilement et que l'on cautérise ; bientôt il expulse un petit séquestre. Malgré cela le

trajet persiste déversant fréquemment dans la bouche quelques gouttes de pus. Le malade n'est pas gêné pour respirer par le nez, l'odorat est conservé, cacosmie intermittente subjective et objective. Aucun trouble digestif, pas de syphilis, pas de douleurs spontanées, pas de céphalée.

Examen. — Extérieurement il n'y a pas de déformation de la région jugale gauche, la pression est à peine plus sensible que du côté sain. Au diaphanoscope l'antre d'Higmore gauche s'éclaire manifestement moins bien que le droit.

Rhinoscopie antérieure. — Pus jaunâtre dans le méat et sur le cornet moyen, le cornet inférieur est comme badigeonné de pus, le volume des cornets est à peu près normal, la muqueuse n'est pas dégénérée à leur niveau. Il n'y a pas de bourrelet de Kaufmann. Rien à noter dans la fosse nasale droite.

Rhinoscopie postérieure. — Une traînée de pus descend de la choane gauche.

Par l'alvéole restée fistuleuse j'introduis assez facilement une canule coudée en baïonnette et je fais un *lavage* à l'eau bouillie ; immédiatement il s'écoule par la narine un flot de pus avec amas caséeux et grumeaux très abondants, très épais, exhalant une odeur très fétide. Je place à l'orifice un clou en ébonite.

Je revois le malade le 23 février, il a beaucoup moins mouché et n'a plus perçu de mauvaise odeur ; le lavage ramène un liquide louche avec quelques grumeaux.

Le 26 février, même résultat.

Le 1^{er} mars, deux ou trois flocons de muco-pus.

Le 4 mars, le liquide de l'injection revient clair ; le malade est guéri.

OBSERVATION VIII

(Parage.)

X..., 48 ans, douanier, consulte son médecin en mai 1906 pour des douleurs de tête siégeant du côté gauche dans les régions temporale et sus-orbitaire, avec gêne de la respiration nasale du même côté, sécrétion purulente jaunâtre épaisse et perception intermittente d'une odeur très désagréable surtout dans la position couchée ou quand il avale sa salive. La déglutition du pus et sa mauvaise odeur ont provoqué parfois des vomissements.

Jusque-là ce malade a toujours eu une bonne santé, il n'a jamais rien éprouvé du côté du nez, il n'a jamais eu la syphilis, il n'a jamais toussé, rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires.

Les lavages boriqués des fosses nasales, la pommade au menthol étant restés sans résultat, son médecin l'adresse le 14 novembre 1906 au Dr Ardenne.

Examen. — Rien à noter extérieurement du côté de la région jugale gauche.

Rhinoscopie antérieure. — Du côté gauche : pus épais jaunâtre dans le méat moyen avec trainées sur les cornets moyen et inférieur ; ceux-ci présentent une légère augmentation de volume, sans aucune trace de dégénérescence ; petit éperon de la cloison, pas de bourrelet de Kaufmann. Rien à noter dans la fosse nasale droite.

La *diaphanoscopie* démontre une obscurité très marquée du sinus maxillaire gauche.

A l'examen des dents on constate que la première grosse

molaire est réduite à l'état de chicot et on la fait extraire.

Le 11 décembre on pratique un lavage du sinus par ponction du méat inférieur ; le trocart pénètre avec une grande facilité dans la cavité centrale, le liquide ramène des amas purulents de la grosseur d'une noisette et même d'une amende dont l'odeur repoussante se perçoit encore à un mètre. Ces sécrétions volumineuses sont blanc jaunâtre et ressemblent à des morceaux de fromage râpé et agglutinés par pression, ils ne se dissolvent que péniblement dans l'eau de lavage.

Le malade revient le 19 décembre, il raconte qu'il n'a pas été dégluti de matières infectes pendant la nuit qui a suivi la ponction ; il est très soulagé, ne souffre plus de ses douleurs sous-orbitaire et temporale et n'a plus de nausées. De plus, quand il se mouche il ne voit plus dans son mouchoir les morves très grosses dont il parlait.

Ce même jour on fait une nouvelle ponction suivie d'un lavage ; le liquide injecté ne ramène plus que quelques petits amas purulents blanchâtres de la grosseur d'un grain de blé au milieu d'une eau trouble dont l'odeur n'est plus appréciable.

La diaphanoscopie pratiquée immédiatement avant la ponction révélait avec une netteté parfaite l'éclairage facile du sinus maxillaire droit et l'obscurité complète du sinus maxillaire gauche.

Le 25 décembre, même résultat de la ponction,

Le 2 janvier, à peine quelques flocons de muco-pus.

Le 10 janvier, le liquide revient complètement clair.

Un an après le malade est revu, il est complètement guéri.

OBSERVATION IX

(Luc.)

Mme K..., 30 ans; début il y a deux ans à l'occasion d'un coryza, depuis lors elle mouche du pus fétide par la narine droite; elle vient me consulter en janvier 1906.

L'examen rhinoscopique ne révèle pas de myxomes dans l'une ni l'autre des cavités nasales, mais des traces de pus dans le méat moyen droit.

L'épreuve de la *translumination buccale* montre la pupille et la région sous-orbitaire obscures du côté droit seulement. Séance tenante l'antra est ponctionné et lavé par le méat inférieur, l'eau injectée ressort avec difficulté provoquant l'expulsion de détritüs caséux extrêmement fétides.

J'examine la dentition de la malade et trouve ses dents supérieures en bon état sauf la seconde bicuspide droite dont je la décide à faire pratiquer l'extraction.

Une seconde ponction, pratiquée cinq jours plus tard avec un plus gros trocart ramène encore des masses caséuses.

Cinq autres ponctions, suivies de lavages sont encore exécutées ultérieurement avec un intervalle de plus en plus considérable mais à chacune d'elles le liquide injecté ressort parfaitement clair et la malade se déclare complètement débarrassée de ses signes objectifs.

OBSERVATION X

(Weil de Stuttgart, 1907.)

Un haut fonctionnaire se plaint de mauvaise odeur dans la fosse nasale droite et le pharynx. Le cornet moyen et la

paroi externe de la fosse nasale droite sont hypertrophiés ; dans le méat moyen il y a du pus mais sentant peu. Après rétraction de la muqueuse à la cocaïne on voit se produire une sécrétion plus abondante et plus fétide.

Ouverture du sinus maxillaire par la fosse canine, un nettoyage le vide de grosses masses sentant très mauvais et venant en grande abondance. On arrache la deuxième prémolaire droite qui était douloureuse, on trouve des kystes au niveau de sa racine. Les jours suivants lavages par l'alvéole ; quelques jours après il n'y a plus ni pus, ni fétidité, la muqueuse est redevenue normale.

OBSERVATION XI

(Weil, 1907.)

Une diaconesse vient consulter pour un écoulement fétide par la narine gauche, persistant depuis des mois.

La muqueuse nasale est hypertrophiée, on trouve de grosses masses caséuses fétides dans le méat moyen gauche. Ouverture du sinus maxillaire par la fosse canine, au trocart, le lavage évacue de grosses masses caséuses.

Le lendemain il n'y a plus de pus, plus de fétidité, le gonflement de la muqueuse nasale a en grosse partie disparu, il disparaît complètement les jours suivants.

OBSERVATION XII

(Weil, 1907.)

M. D..., institutrice, 40 ans, se plaint depuis des années de polypes du nez avec odeur désagréable, de cause inconnue.

On trouve à gauche un léger épaississement de la paroi externe de la fosse nasale et du cornet moyen, peu de fétidité, un peu de pus.

Ouverture du sinus maxillaire, par une alvéole, le lavage en fait sortir d'énormes masses caséeuses. La fétidité disparaît bientôt, des traces de pus persistent pendant longtemps encore.

OBSERVATION XIII

(Weil, 1907.)

Une malade se plaint depuis des années d'un écoulement unilatéral fétide.

L'entrée de la fosse est très enflammée ; le cornet moyen et la paroi externe sont très hypertrophiés. Le lavage par une alvéole ramène une grosse quantité de masses fétides, on le recommence pendant plusieurs semaines, de nouvelles masses caséeuses se reformant sans cesse. Petit à petit cependant l'écoulement et l'odeur cessent tandis que la muqueuse nasale redevient normale.

Pendant quinze jours la malade semble guérie, puis brusquement réapparaissent l'écoulement et la fétidité ; un nouveau lavage ramène un petit fragment de caséum très fétide.

La guérison est alors complète.

OBSERVATION XIV

(Collet, 1908.)

Jeune fille de 19 ans se plaignant uniquement d'obstruction nasale.

La *rhinoscopie antérieure* montre en effet une obstruc-

tion complète bilatérale par les bourrelets de Kaufmann ; ceux-ci très gros, arrivent presque au contact du plancher des fosses nasales ; si on les soulève on voit un peu de pus au-dessous d'eux.

A la *rhinoscopie postérieure*, hypertrophie du tissu lymphoïde de la voûte, hypertrophie postérieure des cornets inférieurs.

Les sinus frontaux s'éclairent parfaitement, les maxillaires sont complètement obscurs.

Leur *ponction* par le méat inférieur suivie de lavages donne issue à des masses comme du mastic, non fétides, d'odeur un peu fade et que l'on n'arrive à expulser que par une forte pression.

Les bourrelets de Kaufmann ont disparu, la perméabilité nasale est parfaite, il n'y a plus de queues de cornets, les sinus maxillaires s'éclairent parfaitement, quelques mois après l'hypertrophie du tissu lymphoïde a disparu à son tour.

OBSERVATION XV

(Raoult.)

M. J..., officier de cavalerie, vient me consulter le 2 janvier 1899. Il se plaint d'une obstruction complète de la narine gauche ; il lui est absolument impossible de se moucher de ce côté. Par cette narine s'écoulent constamment des mucosités fétides. Ce malade est tombé de cheval trois ans auparavant, et s'est cassé la canine supérieure gauche. Au bout d'un an et demi il s'est développé un abcès au niveau de la racine de cette dent. Tout le côté gauche de la face est tuméfié ainsi

que la narine du même côté. M. J... a fait extraire la racine malade, mais les accidents ont continué à évoluer. Par la narine gauche s'est écoulé du pus, en même temps que cette narine s'obstruait progressivement.

A l'examen rhinoscopique j'aperçois la tête du cornet inférieur très gonflée, rouge, couverte de muco-pus, masquée en grande partie par un épaissement de la cloison nasale siégeant à la partie inférieure.

Du côté de la bouche il existe une fistule à la place de la canine supérieure gauche; par cette fistule le stylet pénètre dans une cavité, la muqueuse gingivale est rouge fongueuse.

La narine gauche est complètement obstruée et de ce côté le malade ne peut ni respirer ni se moucher, il ne se plaint d'aucune douleur; pas de céphalalgie.

La diaphanoscopie montre une obscurité complète du côté gauche de la face dans la région du sinus maxillaire.

Le 3 janvier, après cocaïnisation de la muqueuse nasale du côté gauche, je procède au nettoyage de cette cavité. Je fais sortir une masse énorme de détritüs caséeux extrêmement fétide. Avec le stylet je perçois la présence d'un séquestre osseux mobile que je ne puis pas attirer en avant. J'essaie de le repousser dans le cavum et prie le malade de renifler fortement, mais le séquestre ne descend pas dans le pharynx. J'essaie ensuite de le reprendre mais il m'est impossible de le retrouver dans la fosse nasale.

Les jours suivants le malade fait des lavages du nez et des aspirations de vaseline boriquée.

Le malade entre le 5 janvier à la clinique Sainte-Marie; le 6 janvier je procède sous chloroforme à l'ouverture du sinus maxillaire suivant le procédé d'Ogston-Luc, je prolonge en

avant l'incision ordinaire jusqu'à 1 cm. 1/2 en dehors de la ligne médiane de façon à comprendre la lésion siégeant à la place de la canine. La muqueuse et le périoste de la lèvre supérieure de l'incision sont inclinés en haut. Au niveau de la canine je trouve l'os dénudé et nécrosé ; la nécrose se continue en bas jusqu'à l'extrémité de la fistule gingivale. J'attaque cet os malade à la gouge en allant d'avant en arrière et je tombe dans une cavité où je puis placer l'extrémité du doigt. J'enlève complètement toute la paroi osseuse externe de cette cavité. Un stylet introduit dans cette dernière fait percevoir que la table osseuse interne de la cavité est nécrosée à sa partie antérieure. Je continue alors en ayant à la gouge l'excision osseuse de la table externe puis trouvant le bord saillant de la table interne je le résèque facilement avec une pince coupante. Je détruis ainsi complètement cette table interne. Par cette brèche osseuse ainsi faite je pénètre dans le sinus maxillaire qui est cureté avec soin. La curette enlève une assez grande quantité de fongosité et du pus caséeux. En faisant ce curettage je trouve une partie de la paroi interne nasale détruite au niveau du méat inférieur et au pourtour de cette perte de substance l'os est dénudé. Me guidant sur le petit doigt de la main gauche introduit dans la fosse nasale je défonce avec une curette passant dans le sinus tout ce qui me paraît malade de la paroi interne de cette cavité. Par la fosse nasale je fais passer une mèche de gaze iodoformée qui sert à tamponner le sinus maxillaire après que celui ci a été nettoyé par une solution de chlorure de zinc. Je termine l'opération en pratiquant une incision verticale au niveau de la fistule de la canine. Avec la curette j'enlève toutes les fongosités et des débris osseux nécrosés situés à ce niveau. Je pra-

tique la suture de l'incision horizontale puis de l'incision verticale.

Les suites de l'opération furent normales, les plaies gingivales se réunirent parfaitement, la muqueuse nasale du côté gauche prit peu à peu un aspect normal. Par contre, il restait du gonflement de la muqueuse de la narine droite avec gêne de la respiration.

Le 23 janvier, pour pratiquer la cautérisation de la muqueuse du cornet inférieur droit je cocaïnai cette muqueuse qui se décongestionna sous cette influence. Trouvant du pus dans cette narine je priai le malade de se moucher et en le faisant il expulsa des débris osseux recouverts de muco-pus.

Dans ce cas le kyste après avoir formé une cavité osseuse non apparente à l'extérieur, mais saillante dans le sinus maxillaire a été atteint par la suppuration, ce qui a provoqué de la nécrose de ses parois. Cette nécrose du côté du sinus a été la cause de l'issue du pus dans l'antre, d'où sinusité maxillaire. Cette suppuration a envahi la paroi externe de la fosse nasale qui a été nécrosée en partie à son tour. La sinusite a causé ainsi la suppuration nasale persistante et la production d'un coryza caséux.

OBSERVATION XVI

(Rœpke.)

M. J..., 36 ans, vient consulter à la fin de septembre 1900, pour un écoulement de pus par la narine droite durant depuis cinq années, avec sensation de tension douloureuse dans la joue droite et des vertiges. Depuis le mois dernier ces symptômes s'étaient très aggravés et la céphalée était en

particulier devenue extrêmement pénible. Depuis une semaine la joue droite avait enflé et par la narine droite l'écoulement de pus était continuel. Le malade avait maigri et il dégageait une odeur infecte.

La région du sinus maxillaire était gonflée et tendue. Au niveau de l'os nasal droit il y avait une petite tuméfaction fluctuante, la fosse nasale droite était remplie de granulations et de pus épais. Après enlèvement de ces granulations la paroi externe de la fosse nasale apparut cariée. Etant donné la gravité des symptômes on décide d'ouvrir le sinus le jour même; une large ouverture est pratiquée au niveau de la fosse canine, la paroi antérieure est très amincie, la cavité est tout à fait remplie de masses blanches jaunâtres sentant très mauvais et qu'on enlève à la curette. La paroi externe de la fosse nasale est profondément nécrosée et couverte de granulations. Les autres parois sont recouvertes d'une muqueuse uniformément épaissie. La partie de la paroi externe nécrosée est enlevée à la gouge, les granulations sont curettées avec soin. L'abcès au niveau de l'os nasal droit est ouvert, on y trouve un tout petit séquestre.

Après quatre semaines la vaste cavité était sèche et la petite plaie de l'abcès, guérie. Le malade lave lui-même son sinus et craignant une récurrence il ne veut pas laisser se fermer l'ouverture de la fosse canine.

Quatre ans plus tard, j'ai eu l'occasion de revoir ce malade. L'ouverture de la partie supérieure de la bouche était assez large pour laisser passer le petit doigt; la cavité était entièrement saine. D'ailleurs il n'y a pas de nouvel écoulement par le nez.

OBSERVATION XVII

(Texier.)

E. G..., 40 ans, mécanicien, vient consulter à l'Hôtel-Dieu le 14 juin 1905 pour une maladie de la bouche caractérisée par un gonflement de la gencive à la mâchoire supérieure gauche.

Il a toujours eu une mauvaise dentition; il y a trois ans, au niveau de l'incisive supérieure gauche, le malade s'aperçut qu'il s'était établi une fistule par laquelle sortait du pus clair, liquide sans grumeaux. Quand il exerçait une pression sur la région malade de ce côté la douleur était très légère. Les dents voisines se carièrent, se luxèrent et tombèrent. Il y a trois ou quatre mois, une esquille osseuse se forma aux dépens du rebord alvéolaire de cette région; en passant le doigt il sentait une pointe mobile; le malade arracha lui-même sans difficulté ni souffrance un séquestre de un centimètre de long; d'autres débris osseux s'éliminèrent spontanément dans la suite.

Le malade nie toute syphilis, on ne trouve rien dans ses antécédents.

Etat actuel. — La mâchoire supérieure ne présente plus de dents du côté gauche, la muqueuse n'est pas lisse, elle est grenue, épaisse et présente trois fistules pénétrant dans le sinus maxillaire, l'une en arrière au niveau de la dernière molaire, la deuxième au niveau de la petite molaire, la troisième au niveau de l'incisive gauche.

L'examen de la fosse nasale donne les renseignements suivants : soulèvement du plancher de la fosse nasale, méat

moyen rempli de pus grumelleux de mauvaise odeur, fistule sinusienne au niveau de la partie inférieure de la fosse nasale à la partie antérieure du méat inférieur.

Diaphanoscopie. — Sinus maxillaire gauche très sombre ; éclairage normal des sinus frontaux et maxillaire droit.

Ponction du sinus. — Pénétration sans résistance du trocart ; caséum abondant de très mauvaise odeur.

Un deuxième lavage fait par la fistule de la dernière molaire ramène également du pus caséux.

Le 16 juin, troisième ponction : beaucoup de pus grumelleux.

Le 23 juin, quatrième ponction : moins de pus ; le malade mouche moins de pus, n'a plus de mauvaise odeur.

Le 25 juin, à l'examen des fosses nasales on ne constate pas de pus ni de grumeaux dans les méats moyen et inférieur. Une injection par la fistule alvéolaire postérieure donne encore quelques grumeaux.

Le 28 juin, aucune trace de pus, le lavage ne donne aucun grumeau.

Le 15 juillet, l'aspect grenu de la muqueuse gingivale n'existe plus. Les fistules persistent mais il n'y a ni pus, ni grumeaux, ni mauvaise odeur.

Le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION XVIII

(Aka.)

M. . percepteur, 58 ans, toujours bien portant se présente à la consultation du professeur Moure en octobre 1906 à cause de douleurs du nez, mouchage de pus fétide et gêne respiratoire.

Il se rappelle avoir beaucoup mouché depuis vingt ans et en particulier depuis sept à huit ans. Il y a un an il a été pris de violentes névralgies du côté gauche de la face avec insomnies, revenant par crises qui duraient plusieurs heures et quelquefois des journées entières. Plusieurs semaines séparaient une crise de la suivante, pendant lesquelles le malade ne souffrait pas. Il sent depuis un an environ sa narine gauche obstruée et, quand survient une crise, il mouche quelques gouttes qui empèsent le mouchoir. Il mouche beaucoup de sa narine droite et salit plusieurs mouchoirs dans la même journée, surtout pendant l'hiver. On traite les névralgies à plusieurs reprises par la morphine et autres calmants. Le malade voit un dentiste qui trouve les dents en bon état.

Au mois d'avril il ne souffre plus mais il mouche constamment des matières abondantes qui sentent mauvais.

Au mois de juillet le malade consulte pour la première fois un spécialiste qui lui déclare qu'il est atteint de sinusite maxillaire ou de tumeur des fosses nasales ; ce spécialiste parle même de faire une incision extérieure.

Le 7 octobre 1906, le malade vient consulter le professeur Moure à Bordeaux. L'examen montre que la fosse nasale gauche est presque complètement obstruée, la muqueuse est dépolie et légèrement bourgeonnante ; un éperon de la cloison obstrue la partie inférieure de la fosse nasale, le cornet moyen présente des dégénérescences polypoïdes. La fosse nasale droite est large, mais il y a, du pus sous le cornet moyen, le passage de l'air est facile.

On examine les dents que l'on trouve en bon état.

On ponctionne dans le méat inférieur gauche et on constate que la paroi en est résistante. L'injection ressort char-

gée d'un pus abondant et fétide dans lequel il y a quelques grumeaux. La ponction pratiquée à droite montre dans l'eau de lavage des matières caséeuses abondantes et très fétides.

Le lendemain (8 octobre), on pratique l'ablation des dégénérescences polypoïdes et d'une queue de cornet à gauche. Pendant l'opération la pince à bec de canard dont se sert l'opérateur s'enfonce dans des débris de matières caséeuses remplissant l'arrière cavité de la fosse nasale gauche, que l'on ramène avec l'instrument et dont on débarrasse peu à peu la fosse nasale. Malgré ce nettoyage l'air sort encore difficilement lorsque le malade souffle par la narine gauche.

Le lendemain (9 octobre), le malade sent tomber dans sa gorge un corps étranger qui n'est autre qu'un morceau de matière caséeuse.

Tous les deux jours on fait une nouvelle ponction suivie d'une injection tiède ; ce traitement est continué pendant huit jours. A la troisième ponction le côté droit est complètement guéri et du côté gauche l'eau ne ramène plus que de légères traces de matières caséeuses. Le malade part quelques jours après.

OBSERVATION XIX

(Moure.)

J. R..., 26 ans, cultivateur, se présente à la clinique le 20 avril 1906 pour une impossibilité de la respiration nasale du côté gauche. La gêne a débuté il y a un an et demi et, depuis trois mois, la respiration est impossible du côté gauche. Il n'a jamais eu de saignements de nez mais il avait des douleurs spontanées de temps à autre du côté gauche de

la face. Depuis un an il mouche des matières épaisses; le maxillaire gauche est douloureux au toucher. La diaphanoscopie montre de l'obscurité du sinus maxillaire gauche.

Examen rhinoscopique. — Le cornet inférieur gauche est hypertrophié, ulcéré et bourgeonnant, la cocaïne et l'adrénaline n'agissent pas sur lui. On enlève à la pince pour pratiquer l'examen histologique, des débris de la muqueuse qui ne se laisse pas entamer, comme une tumeur; cette manœuvre occasionne une hémorragie nasale persistante nécessitant un tamponnement antérieur. Au toucher nasopharyngien rien d'anormal. La fosse nasale gauche est remplie de pus et de matières caséuses.

On pense qu'il s'agit d'une tumeur des fosses nasales peut-être maligne, et on conseille au malade d'entrer à l'hôpital. Le 24, le malade revient, il dit qu'il est beaucoup mieux depuis qu'on lui a enlevé un peu de muqueuse lors de la première séance. La tuméfaction du cornet a diminué. Après cocaïno-adréralisation la muqueuse se rétracte un peu et le malade peut souffler par la narine gauche.

La ponction du sinus est alors faite. Le trocart pénètre très facilement par le méat inférieur dans le sinus. L'injection ramène des matières caséuses en grande abondance.

Immédiatement le malade est soulagé et la respiration nasale presque complètement rétablie.

27 avril. — Le trocart pénètre encore sans difficulté et l'injection ramène encore des matières caséuses, mais en moins grande quantité. Comme la première fois le malade se sent soulagé.

OBSERVATION XX

(Texier.)

15 mars 1905. — J.-B. S..., 30 ans, vient consulter à l'Hôtel-Dieu pour un écoulement de pus par le nez datant de quinze mois. Le 14 mars 1899 pendant son service militaire et, comme l'indique un certificat d'origine de blessure, il aurait été atteint d'une fracture du maxillaire supérieur gauche siégeant au niveau du sinus et consécutive à un coup de pied de cheval. Il ne ressentit pendant six ans environ, qu'une légère douleur au niveau de la joue. Il aurait mouché il y a deux ans un fragment d'os de quelques millimètres dit-il, puis pendant quinze mois il mouche du pus très abondant par la narine gauche. Ablation à cette époque de deux racines dentaires, l'écoulement du pus persiste par le nez et les fistules dentaires.

15 mai 1905. — Date de sa première visite : nous conseillons l'ablation des deux dernières molaires du même côté. Le malade n'a pas eu la syphilis, l'interrogatoire ne nous donne aucun renseignement à ce sujet. Le malade ne revient à la consultation que le 3 décembre 1905.

3 décembre. — A l'examen de la bouche on ne constate qu'une fistule au niveau de la première grosse molaire par laquelle sort du pus.

Examen de la fosse nasale. — Dans le méat inférieur gauche il existe des fongosités saignantes ayant l'aspect d'une tumeur maligne. Malgré la cocaïne adrénaline la muqueuse ne se rétracte pas, on constate un gonflement de cette muqueuse, le cornet inférieur venant au contact de la cloison, la partie supérieure de la fosse nasale est remplie de

pus caséeux. Le stylet permet de pénétrer dans le sinus par une fistule au niveau de la partie antérieure du méat inférieur.

La *diaphanoscopie* donne une opacité très marquée du sinus maxillaire gauche, les autres sinus sont bien éclairés.

Par la fistule du méat inférieur permettant l'introduction d'une sonde d'Itard nous faisons un lavage du sinus qui ramène d'énormes masses caséeuses de très mauvaise odeur. Ces masses avaient le volume d'une noix.

6 décembre. — Le malade a mouché beaucoup de pus, moins de gonflement de la muqueuse nasale. Le lavage par la fistule méatique donne encore d'énormes blocs caséeux.

8 décembre. — Le malade n'a pas mouché de pus depuis le dernier lavage ; il n'a plus de mauvaise odeur, il respire bien ; un nouveau lavage ne ramène aucune trace de pus ou de matière caséeuse. L'examen de la fosse nasale révèle un tout autre aspect que la première fois, le méat et le cornet moyen sont normaux. Le cornet inférieur est normal, mais le méat inférieur au lieu d'être concave est repoussé vers la fosse nasale et convexe.

A sa partie médiane existe la fistule large de un demi-centimètre ; les fongosités qui existaient au début à ce niveau étaient purement inflammatoires.

15 décembre. — Le malade revient, il n'a plus mouché de pus. La fistule dentaire est fermée, aucune trace de pus par le lavage, le malade est guéri.

OBSERVATION XXI (inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Moulonguet.)

Un malade âgé de 66 ans vient consulter dans le service du Dr Lermoyez, à l'hôpital Saint-Antoine, le 17 décembre 1920.

Il se plaint de céphalées pénibles et continuelles et de névralgies dentaires rebelles ; il n'est pas très gêné pour respirer mais depuis près de deux mois un suintement très fétide se fait continuellement par la narine gauche et il a des épistaxis.

Rhinoscopie antérieure : muqueuse bourgeonnante, saignant au contact du stylet, pus dans le méat moyen, du côté gauche.

Examen de la bouche. — Dents en bon état.

Diaphanoscopie et radiographie. — Sinus gauche complètement opaque.

Une première ponction transmésatrique occasionne une hémorragie tellement abondante qu'il faut y renoncer.

Une deuxième ponction plus heureuse, ramène du pus en petite quantité, mais pas de caséum. A la suite de cette ponction il se produit un peu d'emphysème sous-cutané qui déterminera dans la suite une légère réaction inflammatoire de la joue.

On pense à un néoplasme et on décide une intervention sur le sinus. Opération de Luc-Caldwell après anesthésie locale et régionale. On trouve un sinus plein de masses caséuses, la muqueuse un peu épaissie saigne abondamment.

Suites opératoires normales, guérison complète en quelques jours.

II

Empyème caséifié du sinus ethmoïdal

La situation du labyrinthe ethmoïdal en plein carrefour fronto-sphéno-maxillaire, au centre de la cavité nasale, nous explique la fréquence de son infection. D'autre part, sa disposition anatomique pluricellulaire se prête, moins souvent que pour le sinus maxillaire, mais plus que pour les autres cavités péri-nasales, à la rétention du pus et à sa caséification. C'est surtout au niveau de la bulle, ou de la cellule contenue dans la substance osseuse du cornet moyen, que se fait le mieux cette transformation du pus.

Nous ne reviendrons pas ici sur les symptômes subjectifs qui sont ceux des empyèmes caséifiés en général. Nous n'insisterons que sur la céphalée à caractère variables et d'une extrême violence et aussi sur la fréquence des troubles oculaires.

Examen extérieur. — Pas de déformation marquée du visage, parfois il se forme une petite tuméfaction dans l'angle interne de l'orbite abaissant plus ou moins la paupière supérieure ; bientôt une fistule va s'y ouvrir. Le stylet qui l'explore parvient, au travers du planum ou de l'unguis, jusque dans les cellules ethmoïdales antérieures.

La douleur est très vive à la pression au niveau de la racine du nez, elle se propage le long du rebord inférieur de l'orbite.

Rhinoscopie antérieure. — La muqueuse est rouge, tuméfiée, polypoïde ; le cornet moyen forme une saillie arrondie, il est blanc-bleuâtre, translucide comme un polype muqueux. Il recouvre parfois entièrement le cornet inférieur, atteignant en dedans, le septum qu'il peut refouler.

Pas ou peu de rétraction à l'épreuve de la cocaïne-adrénaline ; du pus et de petits débris caséux à odeur putride apparaissent dans l'interstice de ces formations fongueuses et myxomateuses.

Parfois le nez est entièrement bouché par le caséum et il faut alors faire précéder l'examen d'un lavage évacuateur.

Examen au stylet. — Il sera fait, après ablation des formations myxomateuses gênantes, ce qui donnera du jour sur les cellules ethmoïdales. Le stylet, conduit avec une extrême douceur, peut alors y pénétrer sans difficulté et en faire sortir du caséum : il s'agit ici d'un empyème caséifié ouvert.

S'il n'y a pas de caséum dans les fosses nasales, c'est qu'il s'agit d'un empyème clos et il faudra le rechercher. Pour cela on réséquera la tête du cornet moyen qui peut contenir une grosse cellule pleine de caséum fétide ; on l'enlèvera tout entier si cela est nécessaire : il peut y avoir de la matière caséuse sous lui, dans la bulle.

Rhinoscopie postérieure. — Caséum desséché

dans le pharynx, surtout lorsqu'il y a atteinte du groupe postérieur des cellules éthmoïdales.

La **transillumination** et la **radiographie** pourront rendre service en donnant une obscurité limitée à la partie moyenne du sinus maxillaire.

Diagnostic différentiel. — Ici comme pour le sinus maxillaire le diagnostic se posera avec les tumeurs malignes de la région et cela d'autant plus que l'éthmoïde en est presque toujours la base d'implantation.

OBSERVATION XXII

(Bryan)

Femme de 28 ans, vient consulter en octobre 1891.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Elle déclare avoir eu l'influenza au printemps dernier. En mars 1891, à la suite de soins dentaires (2^e molaire gauche supérieure) elle fait un abcès au niveau de la joue gauche; à ce moment les troubles nasaux augmentent, si bien que, au commencement de juillet, il y a obstruction de la narine gauche; les sécrétions qui étaient claires sont devenues de plus en plus épaisses s'écoulant, en avant et en arrière, dans le rhinopharynx. La douleur se propage dans tout le nez et la région sous-orbitaire gauche. La céphalée est telle qu'il faut chaque nuit des calmants. Mauvais état général, perte de l'appétit.

Pas d'exophtalmie, pas de modifications du champ visuel, pas de gonflement de l'angle interne de l'œil.

Enfin la malade perçoit au niveau de la partie interne de l'orbite, lorsqu'on presse, une sorte de crépitation.

Rhinoscopie antérieure. — Fosse nasale droite en bon état, un peu d'hypertrophie du cornet inférieur. Dans la fosse nasale gauche, deux polypes muqueux sont fixés à l'extrémité antérieure du cornet moyen ; le cornet inférieur est hypertrophié, obstruant presque complètement la fosse nasale, le reste est occupé par un gros bloc de matière caséeuse sentant très mauvais.

Après ablation des polypes et nettoyage du nez, on voit que la sécrétion vient du méat moyen et aussi de l'espace qui sépare le septum du cornet moyen.

Diaphanoscopie. — Le sinus maxillaire gauche est opaque dans toute sa hauteur, le droit s'éclaire jusqu'au rebord sous-orbitaire, ce qui indique l'atteinte des cellules ethmoïdales.

On nettoie le nez, on enlève 2 molaires, on ponctionne l'antre. Le lavage ramène du muco-pus très épais ; les lésions des racines indiquent le point de départ dentaire.

Malgré le traitement et les lavages, les accidents persistent pendant une semaine ; la céphalée, la douleur au niveau de l'orbite augmentent, tandis que s'aggrave l'état général. On enlève les polypes, qui sont revenus, une petite esquille de la partie antérieure du cornet moyen est retirée, cependant le pus n'avait pas encore une ouverture suffisante.

Le lendemain après une mauvaise nuit : ouverture spontanée, écoulement de matières caséeuses très épaisses, en avant et en arrière ; l'odeur est atroce.

Cependant la douleur se calme tandis que la malade vient chez moi.

Quand je l'examinai le nez était parfaitement libre. Guérison.

OBSERVATION XXIII

(Hicquet)

En avril 1893, M. X..., fut atteint d'une forte grippe accompagnée de violentes douleurs de tête et d'écoulement abondant du nez.

Au mois de juin il souffrait encore beaucoup; toute la partie gauche de la tête était prise et l'œil pleurait abondamment. Son médecin ordinaire l'avait adressé à un oculiste et à un dentiste (la dernière grosse molaire était suspecte de carie) L'oculiste trouva le canal lacrymal obstrué et fit des injections. Malgré divers traitements, le malade souffrait toujours de douleurs violentes sus-orbitaires s'étendant jusqu'au fond de l'œil.

Le 10 juillet, les douleurs et le larmolement existent toujours; de la narine gauche s'écoule un liquide muco-purulent des plus fétides.

A l'examen rhinoscopique la muqueuse nasale est gonflée; du méat moyen il s'écoule du muco-pus en abondance.

Un stylet coudé introduit dans la fosse nasale pour s'assurer de l'état de la paroi externe ramène une substance caséeuse répandant une odeur *sui generis*.

Traitement. — Je fis alors une injection d'eau boriquée au moyen de la canule de Hartmann et fis sortir ainsi une masse caséeuse de même odeur que la précédente. Les injections boriquées furent répétées plusieurs jours de suite afin de bien débarrasser le méat moyen de ces matières en putréfaction. Explorant ensuite au moyen d'un stylet coudé, la paroi externe de la fosse nasale je pus faire pénétrer l'instrument dans les cellules ethmoïdales et me convaincre que le

point de départ de tous ces accidents se trouvait bien dans ces cavités.

Le curettage avec la curette fenêtrée ramena des matières caséuses et des granulations mélangées de fragments osseux cariés. Le curettage fut répété deux fois et suivi d'injections boriquées.

Ce traitement eut un plein succès : dix jours après le début la fosse nasale était devenue perméable, l'écoulement purulent avait disparu. Le deuxième jour du traitement du reste, les douleurs de tête n'existaient plus.

Dans ce cas il s'agit vraisemblablement d'une ethmoïdite localisée.

OBSERVATION XXIV

(Røpke.)

Mme B..., 73 ans me consulte en juillet 1900, pour de violents maux de tête avec obstruction de la fosse nasale droite. Après avoir enlevé les polypes qui obstruaient complètement le côté droit, je trouve une fosse nasale considérablement dilatée et pleine de masses blanches caséuses. Ces masses, très fétides, sont enlevées à la curette. Après lavage du nez le stylet reconnaît l'existence d'une cavité dans les cellules ethmoïdales antérieures, les parois de cette cavité sont recouvertes de granulations. Après leur ablation la guérison survient très rapidement.

OBSERVATION XXV

(Røpke.)

S. P..., 35 ans, vient consulter pour un écoulement fétide par la narine droite et des douleurs sourdes dans la tête

occasionnant du vertige et des sensations de mouches volantes devant les yeux. Ce malade qui jusqu'alors avait été un homme calme et tranquille était devenu d'une irritabilité extrême.

Examen. — La fosse nasale droite est remplie de granulations et de pus fétide ; après ablation de ces granulations, on trouve une masse blanche d'aspect caséeux occupant le méat moyen. Le stylet démontre que les cellules ethmoïdales voisines du canal naso-frontal sont bourrées de cette masse, on met ainsi à découvert une cavité du volume d'une noix ; on la bourre à fond de gaze iodoformée. Après plusieurs semaines la suppuration cesse et le malade est tout à fait guéri.

On a l'occasion de le revoir six mois après, la guérison persiste, complète.

OBSERVATION XXVI

(Stieda.)

Début : huit semaines auparavant avec gonflement de la racine du nez, puis formation d'une fistule près de l'œil ; issue de petits séquestres, sécrétion nasale purulente ; le nez est obstrué du côté gauche par une énorme masse s'étendant jusqu'aux choanes.

Incision le long du bord orbitaire, au sommet du nez et descendant un peu sur la paroi latérale du nez. Point nécrosé conduisant dans une énorme cavité remplie par une masse caséeuse fétide qu'on enlève à la curette. Guérison.

Le malade meurt trois ans plus tard de tuberculose.

OBSERVATION XXVII

(Stieda.)

Début il y a huit mois, par mal de dents, gonflement de la face et des páupières, rupture d'un abcès vers l'angle interne de l'œil, et élimination de séquestre, écoulement purulent abondant par le nez.

Une fistule nasale conduit dans une grande cavité remplie de masses caséuses ressemblant à du cholestéatome.

Dans l'antre d'Higmore il n'y avait que des granulations.

OBSERVATION XXVIII

(Stieda.)

Enfant de six ans chez lequel deux trajets fistuleux s'étaient développés trois mois après une scarlatine.

Les os friables, furent détachés et on trouva au-dessous d'eux, une masse caséuse du volume d'un œuf de poule.

III

Empyème caséifié du sinus frontal

La situation anatomique du sinus frontal, son drainage par la partie déclive évitant ainsi la stagnation du pus, expliquent aussi le moins de tendance qu'aura l'empyème à s'y caséifier.

Le malade nous raconte une histoire ancienne d'empyème consécutif soit à la grippe, soit à un coryza qui n'a pour ainsi dire jamais cessé depuis.

Céphalée frontale hémicranique simulant la migraine, nez bouché, rhinorrhée fétide unilatérale, troubles oculaires, tels sont les principaux symptômes accusés par le malade.

Examen. -- Extérieurement on note parfois un simple empâtement dur au niveau d'une bosse frontale; l'œil peut être plus ou moins refoulé, la paupière infiltrée avec à son niveau, une fistule. Le stylet qui l'explore arrive dans le sinus au travers de son plancher perforé.

La pression est douloureuse au niveau de la racine du nez vers l'angle interne de l'œil, s'étendant le long du rebord supérieur de l'orbite.

Rhinoscopie antérieure. — L'aspect est ici le même que pour les empyèmes caséifiés du groupe antérieur des cellules ethmoïdales dont le canal nasofrontal est d'ailleurs étroitement solidaire.

Seul le lavage du sinus, lorsqu'il ramène des matières caséeuses aura de la valeur au point de vue étiologique. Mais il est difficile d'arriver dans le sinus en dehors des cas où le canal nasofrontal est largement ouvert, indiquant alors l'effraction et la participation des cellules ethmoïdales antérieures.

Rhinoscopie postérieure. — On ne trouve en général rien dans le cavum.

La diaphanoscopie et la radiographie, montrant un sinus plus ou moins clair ou une obscurité bilatérale, seront ici insuffisants.

Diagnostic. — En présence de ce tableau clinique et surtout lorsqu'il n'est pas venu de caséum

par le lavage ou lorsqu'il vient teinté de sang, on est en droit de songer à une tumeur maligne. Le cancer se voit, il est vrai, assez rarement ; il s'agit alors d'un envahissement secondaire du sinus frontal par un néo venu de l'unguis ou de l'ethmoïde : même douleur péri-orbitaire, même déformation du visage avec refoulement de l'œil, sinus obscur. Pas d'écoulement ou bien un ichor rougeâtre. La tumeur envahit rapidement la masse cérébrale et pousse ses prolongements bourgeonnants dans les fosses nasales.

OBSERVATION XXIX

(Moure.)

Malade atteinte d'empyème chronique du sinus frontal.

Elle mouche depuis fort longtemps du pus et des matières caséuses par la narine gauche.

On est obligé d'ouvrir largement la cavité, en trépanant au niveau de la bosse frontale moyenne et en enlevant la table externe du frontal. Toute la partie postérieure et supérieure de la fosse nasale ainsi que le sinus étaient remplis de produits caséux.

OBSERVATION XXX

(Haag, 1917.)

Femme de 33 ans éprouvant, depuis deux ans, une sensation toujours croissante de pesanteur dans la tête, des douleurs diffuses au niveau du front et de l'occiput, ainsi qu'un léger vertige lorsqu'elle se baisse.

Dans la fosse nasale gauche on voit quelques polypes avec du pus et des glaires dans le méat moyen.

L'ouverture des deux sinus frontaux et des cellules ethmoïdales fait venir une masse caséreuse d'un gris noir, ne sentant pas très mauvais, de consistance épaisse, comme de la bouillie. La cloison entre les sinus frontaux a disparu presque entièrement, le cloisonnement des cellules ethmoïdales a disparu, de sorte que l'on parvient en arrière jusque sur le sphénoïde et latéralement dans l'orbite.

IV

Empyème caséifié du sinus sphénoïdal

« Le pus de l'empyème sphénoïdal peut à la faveur
« de la rétention causée par la situation défavorable
« de l'orifice de l'antre renfermer des grumeaux et se
« présenter même à l'ouverture du foyer, sous l'as-
« pect de masses caséuses » (Luc). De tous il est le
plus rare en raison de sa situation un peu à l'écart.
Cependant il est anatomiquement solidaire des cel-
lules ethmoïdales postérieures, de sorte qu'il peut y
avoir simultanément infection et caséification des
deux sinus : on trouve alors une vaste excavation
commune remplie de matières caséuses.

Les symptômes subjectifs sont ici superposables
à ceux que donne l'empyème ethmoïdal postérieur.
Nous ne ferons qu'insister sur la céphalée si pénible
qui obsède ces malades bien plus encore que la fétidité
de leur rhinorrhée. C'est une douleur qui siège

profondément dans la tête, en arrière des yeux ; continue et gravative, elle est parfois entrecoupée d'accès douloureux encore plus violents, au niveau de la nuque ou du vertex ; elle rappelle l'encéphalalgie syphilitique.. Fréquemment elle s'accompagne aussi de troubles oculaires et de vertiges. L'état général peut être ici profondément atteint.

Examen. — La fosse nasale sera déblayée à fond, la muqueuse rétractée, les polypes seront enlevés, afin d'obtenir le maximum de jour possible sur le sphénoïde. L'orifice du sinus sera vu ou cherché et sondé, lavé si possible. La présence de bouchons caséux permettra d'écarter le diagnostic de syphilis ou de tumeurs malignes toujours à discuter.

L'observation que nous publions et que nous devons à l'obligeance du Dr Monlonguet montre tout l'intérêt qu'il y a à faire ces épreuves, même dans les cas où le diagnostic de néoplasme semble évident.

OBSERVATION XXVI (Inédite)

Mme M..., âgée de 80 ans, vient consulter dans le service du Dr Lermoyez le 8 décembre 1920.

On ne relève absolument rien dans le passé pathologique, tant héréditaire que personnel, de cette malade, en dehors de la petite vérole et d'une fièvre typhoïde à l'âge de 28 ans.

Le 18 août 1920, elle est opérée d'occlusion intestinale ; on l'endort au chloroforme puis à l'éther. Deux jours après elle est prise de mal de tête, puis il y a trois mois elle se met à moucher du pus. Ce pus qui est surtout liquide n'est pas très

abondant, la malade salit deux mouchoirs par jour. En même temps, elle accuse dans la tête des douleurs sourdes et profondes avec des élancements ; elles siègent principalement dans les régions frontale et malaire du côté droit. Bien qu'il n'y ait jamais eu d'hémorragie, la malade est anémiée et fatiguée. A Aurillac où elle va consulter on fait une radiographie et on laisse la maladie suivre son cours.

On l'examine le 8 décembre 1920 pour la première fois.

Fosse nasale gauche. — Caséum dans le méat supérieur, quand on frotte avec un porte-coton la muqueuse, pour essayer de l'en détacher, on provoque une petite hémorragie.

Fosse nasale droite. — Pus dans le méat supérieur.

Rhinoscopie postérieure. — Tout en haut, de chaque côté du bord postérieur du vomer, il existe des masses bourgeonnantes.

Diagnostic. — Néoplasme de l'ethmoïde.

Étant donné son siège élevé, l'intensité de la céphalée, l'âge et l'état cachectique de la malade, on décide de n'y pas toucher et l'on prescrit des lavages.

Le 20 mai, la malade revient améliorée, les maux de tête se sont atténués.

Le nez est plus propre, on évacue le caséum de la fosse nasale gauche. Le cornet moyen étant refoulé par un spéculum à longues branches on aperçoit l'orifice du sinus sphénoïdal, tout près de la ligne médiane, près de l'insertion de la cloison. Ses bords sont bourgeonnants et il paraît agrandi. Un porte coton enfoncé dans le sinus en exprime une assez grande quantité de caséum. Avec une sonde d'Itard on lave le sinus sphénoïdal qui paraît très agrandi. La cloison intersinusale n'existe plus, l'eau ressort du côté opposé. Ablation

d'une grosse quantité de caséum fétide. L'exploration au stylet de la cavité sphénoïdale ne fait pas sentir d'os dénudé.

Le 28 mai, un nouveau lavage du sinus sphénoïdal ne ramène plus rien.

Le 12 juillet, les bourgeons du bord de l'ostium sphénoïdal ont disparu. Le sinus est parfaitement propre. La malade est complètement guérie.

V

Empyèmes caséifiés multiples

De même qu'il existe des empyèmes multiples, de même aussi il y a des caséifications multiples. Elles se font soit au niveau des sinus symétriques, soit au niveau des sinus d'un même côté, soit encore, et surtout, au gré des associations diverses que la clinique se charge de composer.

OBSERVATION XXXII.

(Escat.)

Mlle R..., 49 ans, blanchisseuse, consulte le 25 février 1895. C'est à la suite de l'extraction de deux molaires supérieures cariées que la malade est prise un mois après, de douleurs dans la région sous-orbitaire du même côté. Intermittentes puis continues, elles sont de plus en plus violentes, jour et nuit, suivies enfin d'un écoulement purulent intermittent par la narine droite. L'écoulement se fait surtout pendant le sommeil quand la tête repose sur le côté opposé ; une partie

fuse alors dans l'arrière-gorge, et au réveil, ou même dans la nuit la malade est obligée de se redresser brusquement sur son lit pour expectorer ces masses purulentes qui embarrassent la gorge. Deux mois après ce début le jetage purulent diminue pour disparaître presque complètement en quelques semaines. Par contre elle est prise d'un enchifrènement qui va s'accroître de plus en plus pour aboutir finalement à l'imperméabilité complète de la fosse nasale droite ; en même temps il y a perte de l'odorat de ce côté.

Les douleurs, jusque-là limitées, gagnent la racine du nez et la région frontale du côté droit. Les douleurs de tête, véritables hémicranies, sont insupportables et c'est là ce qui engage la malade à venir à l'hôpital. Pas de troubles oculaires.

Examen.— La racine du nez est œdématiée, un peu rouge, très douloureuse à la pression sur sa face droite ; la pression est moins douloureuse au niveau de la paroi antérieure du sinus maxillaire et de la bosse frontale droite.

Rhinoscopie antérieure.— La fosse nasale droite est complètement obturée par des masses polypeuses qui semblent pédiculées. Sur le cornet et le méat moyens, la muqueuse de la cloison, du plancher et du cornet inférieur est rouge et très œdématiée.

Les surfaces qui sont presque en contact sont engluées d'un liquide muco-purulent.

Jetage peu abondant, cacosmie intermittente, parfois odeur nauséabonde quand la malade se mouche, dans l'intervalle il y a au contraire anosmie.

Le cathétérisme des sinus est rendu impossible par la présence des masses polypeuses.

La fosse nasale gauche est absolument normale.

Rhinoscopie postérieure. — La choane droite est complètement oblitérée par l'hypertrophie inflammatoire de l'extrémité postérieure du cornet inférieur et par les polypes du cornet moyen. Pas de pus dans le cavum.

Examen de la bouche. — Rien au niveau du rebord alvéolaire droit : pas de dent cariée, pas de fistule. La surface au niveau des deux dents extraites il y a un an est parfaitement cicatrisée.

Diaphanoscopie. — *A droite*, il y a obscurité complète du sinus maxillaire, de l'orbite, de la pupille, du sinus frontal.

En présence de tous ces signes je formule le *diagnostic* provisoire de :

1° Empyème certain du sinus maxillaire droit d'origine dentaire ;

2° Empyème secondaire possible du sinus frontal droit ou des cellules ethmoïdales correspondantes ;

3° Polypes secondaires du méat moyen pénétrant peut-être dans le sinus maxillaire.

Traitement. — Irrigations nasales boriquées pendant trois jours, puis ablation des polypes au serre-nœud de Wilde, ablation de cinq petites tumeurs du volume d'une cerise ; l'enlèvement de ces polypes met immédiatement à découvert d'énormes masses caséeuses compactes comme du mastic, de couleur jaune grisâtre, veinées de noir et de brun qui remplissaient toute la fosse nasale. Je pratiquai aussitôt une irrigation prolongée qui amena l'évacuation de quantités considérables de matières caséeuses tellement abondantes que j'avais peine à me représenter une fosse nasale capable d'en contenir autant.

La région inférieure de la fosse nasale évacuée, il descen-

daît aussitôt de la fente olfactive, de nouvelles masses qui nécessitaient de nouveaux lavages. Un énorme bouchon caséux que l'injection n'avait pu désagréger occupait encore la région choanale ; je voulus le refouler vers le pharynx mais j'y renonçai sur les instances de la malade que l'odeur putride et repoussante du caséum mettait au supplice.

La muqueuse sous-jacente est rouge, enflammée, mais non ulcérée. Le méat moyen étant rempli de matières caséuses il était logique de supposer que la réplétion du sinus maxillaire révélée par le signe de Hering était due à un épanchement de même nature.

Je décidai la trépanation par voie alvéolaire, suivant le procédé de Cooper. Je laissai la malade se reposer quelques jours.

Lorsqu'elle revint, à la consultation suivante elle me raconta qu'elle n'avait cessé de rendre, à chaque irrigation, de nouvelles masses caséuses toujours aussi infectes. L'odorat était revenu ainsi que la respiration nasale. Les douleurs faciales s'étaient atténuées, le gonflement de la racine du nez ainsi que la douleur à la pression de ce point avaient disparu.

La *rhinoscopie antérieure* montre le nez très libre, seul le méat moyen est rempli de masses caséuses ; mêmes signes à l'éclairage que le premier jour.

Avant de pratiquer l'ouverture sur le bord alvéolaire au niveau des dents cariées extraites, avec le perforateur de Lubet-Barbon je voulus tenter le cathétérisme du sinus maxillaire : j'y passai sans difficulté et l'instrument pénétra dans la cavité. Je renonçai à l'ouverture alvéolaire provisoirement et je tentai l'évacuation par voie nasale à l'aide

d'une sonde de gros calibre. Deux séances d'injection d'eau bouillie amenèrent l'évacuation à peu près complète.

Examen des matières caséuses.— Cristaux d'acides gras, bactéries filamenteuses au milieu de microcoques indéterminés.

Pas de bacille de Koch.

L'éclairage du sinus qui devenait de plus en plus clair démontrait l'exactitude du diagnostic ; lorsque les irrigations cessèrent de ramener des masses caséuses je fis des lavages au permanganate de potasse. Après trois lavages la malade était, pour ainsi dire, complètement guérie : rétablissement de la respiration nasale et de l'olfaction, disparition du jetage, de la cacosmie et de tous les phénomènes douloureux.

La muqueuse nasale est encore un peu congestionnée.

J'engageai la malade à continuer chez elle les irrigations nasales et l'emploi de pommade à la résorcine. Un mois après je supprimais tout traitement.

Deux mois plus tard, j'ai l'occasion de revoir la malade : la pituitaire est saine, seule la paroi du méat moyen reste refoulée vers la fosse nasale, déplacement dû sans doute à la pression exercée jadis à l'intérieur du sinus par les produits caséux ; sa face nasale regardait donc obliquement en avant laissant voir un grand orifice comme une pièce de cinquante centimes, à bords circulaires, très nets, bien cicatrisés. Par la rhinoscopie antérieure il laisse voir la muqueuse de la paroi postérieure du sinus d'aspect absolument normal.

Sept mois après l'opération la guérison s'était maintenue.

Complications

Le développement des masses caséeuses dans des cavités osseuses qui bientôt seront trop étroites pour les contenir ne va pas sans déterminer un certain nombre de complications. Celles-ci sont en général précoces, elles font donc plutôt partie de la symptomatologie bruyante de l'affection. Nous ne ferons que les signaler ici.

Ce sont, soit des *fistules*, soit des *pertes de substance osseuse* parfois considérables et qui font communiquer sinus et bouche, sinus et fosses nasales, sinus et orbite. Les communications avec l'encéphale sont plus tardives ici que dans le néoplasme.

Dans certains cas on a pu voir une *sinusite aiguë* venir se greffer sur un empyème caséifié et troubler son évolution.

PRONOSTIC

Le pronostic est toujours favorable, aussi bien dans les formes graves à symptomatologie impressionnante que dans les formes multiples. C'est le pronostic du bouchon de cérumen ; il suffit en effet d'un simple lavage du nez et des cavités malades pour voir aussitôt survenir la « merveilleuse » guérison. Mieux encore c'est aussi pour le malade la guérison radicale de la vieille rhinorrhée fétide qui l'obsédait depuis des mois ou des années. En effet, « l'état caséeux exprime l'épuisement de la virulence de l'agent septique qui a provoqué l'empyème, il affirme par suite l'extinction du processus pyogénique et la tendance spontanée de la sinusite vers la guérison » (Luc).

La guérison est rapide, en huit à quinze jours, après deux ou trois lavages, dans les formes légères. Dans les formes graves elle ne tarde que lorsque les parois sont en mauvais état et qu'il y a de gros délabrements.

La guérison est parfois tellement rapide qu'elle a pu surprendre des hommes avisés tels que Avellis et Hajek.

OBSERVATION XXXIII

(Avellis.)

Femme atteinte depuis plusieurs années de rhinite fétide; l'examen local fait reconnaître du pus fétide dans le méat moyen droit et l'auteur propose la ponction du sinus; la malade la refuse et ne se décide à subir le traitement que neuf mois plus tard. L'auteur finit par imposer la trépanation par voie alvéolaire sans anesthésie générale : il s'échappe un pus caséeux, horriblement fétide, non mélangé de mucus. Après cela l'auteur ordonne des lavages fréquents; il pronostique une guérison probable au bout d'un an peut-être.. Deux jours plus tard il n'y avait plus de pus et il n'en est jamais plus revenu; l'opération date déjà de plusieurs années.

OBSERVATION XXXIV

(Hajek.)

Empyème caséeux bilatéral consécutif à l'influenza. Un sinus peut être lavé par son orifice naturel, l'autre par le méat inférieur. L'auteur fait observer que « par extraordinaire ce seul lavage fit cesser la suppuration et rendit tout traitement ultérieur inutile » quoique l'empyème eut duré depuis cinq semaines.

La récidive ne se voit pas en dehors des cas où il est resté quelques débris caséeux dans l'intérieur du sinus. Un nouveau lavage suffit alors pour mettre fin définitivement à la maladie (obs. XIII).

TRAITEMENT

Le traitement se résume en deux mots : *drainage* et *aération*.

Drainage par simple lavage sous pression qui désagrègera et chassera les matières casécuses ; aération par insufflation d'air, qui évitera la formation de nouvelles masses.

a) **Sinus maxillaire.** — Anesthésie locale, cocaïne-adrenaline, nettoyage de la fosse nasale qui sera débarrassée des bourgeons charnus. Ponction du méat inférieur avec un trocart suffisant pour que les masses casécuses puissent sortir. Lavage à l'énéma qui permettra de donner la pression forte nécessaire pour expulser le caséum. Eau tiède stérilisée avec ou sans antiseptique. Insufflation d'air à la fin. Le soulagement est immédiat.

Nouveau lavage deux jours après ; en général 3 et 4 lavages suffisent : l'eau revient claire et inodore.

La ponction peut être *blanche* ou l'évacuation insuffisante ; laver quand même encore une ou deux fois, l'eau finissant par désagréger les masses casécuses.

S'il n'y a pas d'amélioration, intervenir chirurgicalement en ouvrant le sinus par la voie endonasale (opération de Claoué) ou mieux par la voie classique faciale et nasale (opération de Caldwell-Luc) qui

donneront un jour suffisant pour le lavage, l'évacuation et l'exploration.

b) Cellules ethmoïdales. — Débarrasser le nez des polypes qui cachent les cellules ; anesthésier et rétracter autant que possible la muqueuse.

Les lavages simples suffiront en général, étant donné la destruction des parois antérieures osseuses, des cellules et l'effondrement de leurs cloisons antérieures.

c) Sinus frontal. — Le lavage des sinus n'est pas toujours facile même après ablation du cornet moyen dont l'enroulement ou l'hypertrophie peuvent gêner l'accès. La sonde de Hansberg, ou de Lichtwitz, passe en avant de la saillie de l'unciforme et de la bulle, puis elle est dirigée en haut et très en dedans vers la cloison ; elle est dans les sinus lorsque sa partie coudée n'est plus visible.

Si le cathétérisme est impossible ou si le drainage est insuffisant, on trépanera le sinus par la voie endonasale ou bien par la voie externe après radiographie qui renseignera sur sa situation précise, sa grandeur, ses cloisonnements.

d) Sinus sphénoïdal. — Anesthésier à fond la muqueuse nasale ; se donner le maximum de jour possible dans la fosse nasale en la débarrassant des formations polypeuses qui gênent, introduire le speculum à longues valves de Killian. Dans les cas favorables on voit l'orifice. Quand l'orifice n'est pas visible on introduit le cathéter (sonde d'Itard ou nule de Lichtwitz) le long du plancher de la fosse

nasale, tout contre la cloison qu'il ne devra jamais quitter, jusqu'à ce qu'il vienne toucher la paroi postérieure du nasopharynx. De bas en haut et d'arrière en avant on lui fait suivre la paroi postéro-supérieure du cavum, contourner les parois inférieure, puis antérieure du sinus sphénoïdal. Le cathéter remontant devant cette paroi tombe automatiquement dans un orifice plus ou moins agrandi qui est celui du sinus (méthode d'Escat). Il suffira de laver.

Si l'ouverture est suffisante on trépanera le sinus par voie nasale.

e) **Sinus multiples.** — Quand plusieurs sinus sont pris simultanément et surtout s'il s'agit des sinus d'un même côté il y aura intérêt à les débarrasser dans une même séance en commençant par le frontal.

CONCLUSIONS

1° Les empyèmes caséifiés des sinus méritent une place à part dans l'histoire des sinusites.

2° Ils se produisent non seulement dans le sinus maxillaire, mais dans l'un quelconque des sinus périmaxillaires. Plusieurs sinus peuvent être pris à la fois.

3° Ils doivent être rapprochés du cholestéatome : l'empyème peut évoluer vers la caséification tout comme l'otorrhée peut évoluer vers le cholestéatome.

4° La rhinite caséuse est toujours l'expression symptomatique de l'empyème caséifié d'un sinus : il n'y a pas de rhinite caséuse idiopathique.

5° Le pronostic bénin des empyèmes caséifiés démontre qu'il s'agit d'un processus de guérison alors que la symptomatologie et l'examen des lésions pourraient faire penser plutôt à une tumeur maligne.

6° Le traitement simple et radical se résume en deux mots : lavage et aération.

Vu : le président de la thèse,

B. CUNÉO

Vu : le Doyen,
LARNAUDE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Aka. — Thèse de Parage.

Ardenne. — Thèse de Parage.

Avellis. — Verkæsung des acuten Kieferhölenempyems in Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Heft 10, 1900.

Beausoleil (Bordeaux). — Etude sur l'étiologie et la pathogénie du coryza caséeux, in Revue de Laryngologie, déc. 1894, janvier 1895.

Bournouville. — Centralblatt für Chirurgie, 1885, n° 16.

Bouvier (Giessen). — Kæsiges Empyem der Kieferhöhle mit hochgradiger Verdrängung der Nasenscheidervand, in Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1911.

Brvan (Washington). — A case of suppurating ethmoiditis, in New-York medical journal, jan. 28, 1893.

Burs. — Sinusite maxillaire casécuse (Annales des maladies de l'oreille, août 1907).

Collet (Lyon). — Un cas de sinusite maxillaire casécuse (Annales des maladies de l'oreille, août 1908).

Escat. — Sinusite maxillaire casécuse avec coryza caséeux consécutif, in Archives médicales de Toulouse, 1896.

— Bulletin et Mémoire de la Société française d'Oto-rhinolaryngologie, 1906.

Ferron. — Bulletin et Mémoire de la Société d'Ophthalmologie, d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie de Bordeaux, nov. 1892.

Garel. — Diagnostic et traitement des maladies du nez.

Guisez. — Maladies des fosses nasales et des sinus.

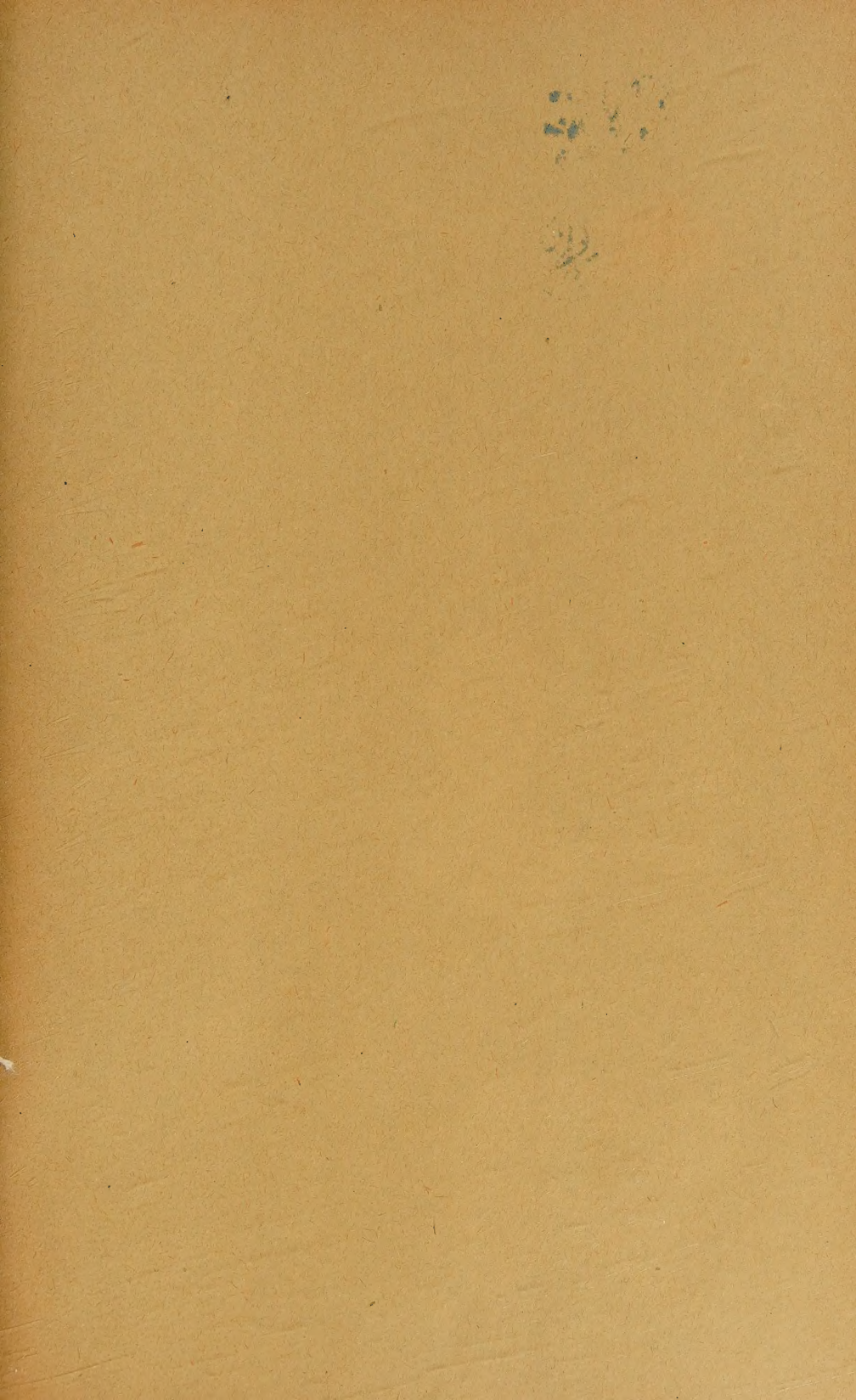
Haag. — Ausergevöhnlichen Fall von sinusitis caseosa aller oberen Nebenhölen der Nase in Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. 75, 1917.

- Hajek.* — Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase (1899).
- Heimerdinger.* — (Archiv für Laryngologie, Bd. XIX, 1907).
- Hicquet.* — Ethmoïdite (La Policlinique, 1894).
- Jeauty.* — De l'empyème latent de l'antre d'Higmore. Bordeaux, 1891.
- Lannois.* — Maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.
- Lermoyez.* — Annales des maladies de l'oreille.
- Luc.* — Guérison spontanée de l'antrite maxillaire par caséification du pus. In. Bull. et mém. de la Société. Fr. O. R. L., XXII, II^e partie.
- Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales.
- Mackenzie.* — New-York, medical journal, 1894.
- Mahu.* — Pathogénie de l'empyème maxillaire (Annales des mal. de l'oreille, 1905-1906).
- Mandroux.* — Le coryza caséux. Thèse de Paris, 1890.
- Moure.* — Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne.
- Revue hebdomadaire d'otologie, de rhinologie et de laryngologie.
- Moure et Brindel.* — Maladies de la gorge et du nez.
- Des formes cliniques des sinusites maxillaires (Congrès de Lisbonne, avril 1906. Revue de laryngol., 1906).
- Niel.* — Contribution à l'étude de l'aspergillose des fosses nasales et des sinus de la face. Thèse de Bordeaux, 1898.
- Parage.* — Contribution à l'étude des sinusites maxillaires caséuses. Thèse de Bordeaux, 1907-1908.
- Poinsot.* — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique de Jaccoud, t. XXIV, 1877.
- Ponthière (De).* — Sinusite maxillaire caséuse (Annales des mal. de l'oreille, 1898).
- Potiquet.* — Etude critique sur le coryza caséux (Gazette des Hôpitaux, 1889, n^o 14).
- Raoult.* — Bull. et Mém. Société fr. O.-R.-L. Paris, 1906.

- Sinusite maxillaire chronique caséuse consécutive à un kyste paradentaire (Annales des mal. de l'oreille, janv. 1902).
- Ræpke (Solingen)*. — Contribution to the pathology and treatment of diseases of the accessory nasal cavities (Archives of otology, avril 1904).
- Sabrazès*. — Revue de Laryngologie, janv. 1895.
- Schech*. — Die Krankheiten der Mundhöhle, 1892.
- Sieur et Jacob*. — Recherches anatomiques, cliniques et opératoires sur les fosses nasales et leurs sinus.
- Stieda*. — Verkäste Nebenhöhlenempyem der Nase (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 1903, Bd 42).
- Texier*. — Société O.-R.-L. belge. Séance des 9 et 10 juin 1906.
- Symptômes et diagnostic des sinusites maxillaires caséuses (Revue hebdomadaire, 2 mars 1907).
- Thèse de Parage.
- Vaffier*. — Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction diaméatique dans les sinusites maxillaires. Thèse de Lyon, 1909-1910.
- Weil (Stuttgart)*. — Zur Kasuistik der käsigen Aussammlungen in der Kieferhöhle (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1907).
- Zarniko*. — In thèse Niel.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.....	9
Introduction.....	11
Définition. Historique.....	12
Etiologie.....	14
Anatomie pathologique et pathogénie.....	16
Etude clinique.. ..	22
I. — Empyème caséifié du sinus maxillaire.....	22
II. — Empyème caséifié du sinus ethmoïdal.....	53
III. — Empyème caséifié du sinus frontal.....	62
IV. — Empyème caséifié du sinus sphénoïdal.....	63
V. — Empyèmes caséifiés multiples.....	68
Complications.....	73
Pronostic.....	74
Traitement.....	76
Conclusions.....	79
Bibliographie.....	80



124

125